

UNIVERSIDADE DO PORTO

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

FORMAÇÃO, GÉNERO E VOZES DE ENFERMEIRAS

MARIA CARMINDA SOARES MORAIS

MARÇO, DE 2008

UNIVERSIDADE DO PORTO

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

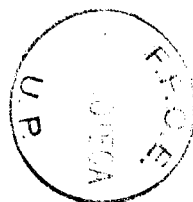
FORMAÇÃO, GÉNERO E VOZES DE ENFERMEIRAS

MARIA CARMINDA SOARES MORAIS

MARÇO, DE 2008

UNIVERSIDADE DO PORTO

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



FORMAÇÃO, GÉNERO E VOZES DE ENFERMEIRAS

Tese de Doutoramento em Ciências de
Educação, por Maria Carminda Soares Morais,
sob a orientação da Professora Doutora Helena
Costa Araújo

UNIVERSIDADE DO PORTO
Faculdade de Psicologia
e de Ciências da Educação
N.º de Entrada 27311
Data 08/10/2008

Março, de 2008

RESUMO

Com base numa perspectiva crítica e emancipatória em articulação com campos teóricos na área da formação em enfermagem, género e cidadania, estuda-se a construção sócio-histórica da formação em enfermagem, em Portugal, associada a uma natureza supostamente 'feminina', sob a perspectiva de enfermeiras que participaram e/ou participam activamente na construção e consolidação da autonomia (relativa) da profissão e/ou da vida privada. Mais ainda, procura-se compreender e interpretar as formas pelas quais os processos de formação em enfermagem têm sido conformados e delimitados pelas relações sociais de género, em articulação com processos de mudança social, bem como a agência de um grupo específico de enfermeiras na ampliação da cidadania nas suas diferentes dimensões, passando pelos desafios perspectivados em relação ao futuro.

Em coerência com os pressupostos epistemológicos e teórico-metodológicos, o método biográfico, complementado pela análise documental, foi central nesta pesquisa. Efectuaram-se sete Histórias de Vida, sendo as biografadas seleccionadas tendo por base quatro períodos centrais ao desenvolvimento da profissão em articulação com o estatuto das enfermeiras enquanto mulheres: promulgação das primeiras políticas de formação em enfermagem de âmbito nacional; a integração da enfermagem em órgãos de decisão em matéria de formação e exercício profissional; a passagem a um nível único de formação, coincidindo com a instituição jurídica da igualdade de género; e o acesso a diferentes graus académicos, na sequência da integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional.

Constatou-se que o estado tem tido ao longo dos tempos um papel regulador e centralizador na formação. Durante a vigência do Estado Novo, foi promulgado um conjunto de medidas legais enraizado numa visão estereotipada do 'feminino'. Com a Revolução de Abril, e ainda durante muitos anos, apesar da igualdade jurídica entre homens e mulheres estar instituída, na prática, as grandes transformações situaram-se no atenuar das desigualdades de classe, e não tanto em termos de género.

Apesar dos contextos de opressão e da tendência dominante de veiculação do feminino na e pela Formação em Enfermagem, foram operadas relevantes transformações sob lideranças de enfermeiras, sobretudo no domínio socioprofissional, havendo sinais de mudanças muito recentes e, talvez por isso, ainda ténues, na esfera privada.

A ressonância de percursos de formação construídos no feminino, nos quotidianos de vida e de trabalho, parcialmente consubstanciada pela reduzida participação pública, pela invisibilização das intervenções por parte das próprias enfermeiras e pelo controle mais subtil dos corpos e das sexualidades, sustenta o repto consensual emergente das biografadas: "*Repensar a Formação em Enfermagem*".

ABSTRACT

Based on a critical and emancipating perspective articulately with theoretical fields in the nursing vocational training area, sex and citizenship, we study the social-historical building of the nursing training in Portugal, connected with an alleged “feminine” nature, under the nurses’ perspective who took part and/or still actively take part in the building and strengthening of the (relative) autonomy of their job and/or private life. Furthermore, we aim at understanding and making out the ways through which the nursing training processes have been shaped and delimited by the sex social relations in articulation with social changing processes, as well as the agency of a specific group of nurses in the enlargement of citizenship in its different dimensions, going through the challenges, putting the future in perspective.

According to the epistemological and methodological-theoretical presupposition, the biographical method complemented with the documentary analysis was the main one along this research. Seven Life Histories were undertaken, being selected on the basis of four main periods in this job development, in articulation with the statute of nurses as women: promulgation of the first national nursing training policies; the integration of nursing in training and professional practice decision organs; the passing to a single training level, being coincident with legal institution of sex equality; and the access to different academic degrees, in the sequence of the integration of nursing schooling in the national educational system.

We realised that the State has always been playing regulating and centralising part. During the time the New State was in force, an amount of legal measures was promulgated embedded in a stereotyped view of the “feminine”. With the 25. April Revolution and still during many years afterwards, in spite of the fact that the equality between men and women was already established, in practice, the great changes were placed in mitigating class inequalities and not so much in sex terms.

In spite of the oppression contexts and the dominant trend of the feminine conveyance in and for the Nursing Training, outstanding changes were operated under nurses’ leadership, especially in the socio-professional field, being noticed some recent changing signals, maybe for this reason still faint, in the private sphere.

The resonance of training courses built in the feminine, in daily life and work, partly causing women’s small public participation, invisibility of nurses’ own interventions and the subtler control over bodies and sexualities, supports the consensual challenge, emerging from the studied biographies, that is: “*Rethinking Nursing Training*”.

RÉSUMÉ

En partant d'une perspective critique et émancipatoire et en articulation avec les champs théoriques dans le domaine de la formation en infirmerie, genre et droits du citoyen, on étudie la construction socio-historique de la formation en infirmerie, au Portugal, associée à une nature qu'on suppose "féminine", dans la perspective d'infirmières qui ont participé et/ou participent activement dans la construction et consolidation de l'autonomie (relative) de la profession et/ou de la vie privée. Mais encore, nous cherchons à comprendre et interpréter les formes par lesquelles les procédés de formation en infirmerie ont été conformés à la loi et délimités par les réactions sociales du genre, en articulation avec des procès de changements sociaux, ainsi comme l'agencement d'un groupe spécifique d'infirmières agissant dans l'amplification des droits des citoyens dans ses différentes dimensions, passant par les défis en perspective en relation au futur. En cohérence avec les présumés en épistémologie et en théorie des méthodologies, la méthode biographique, complétée par l'analyse des documents, a été central dans cette recherche. Nous avons effectué sept histoires de vie, dont les biographies ont été sélectionnées à partir de quatre périodes centraux au développement de la profession en articulation avec le statu des infirmières en tant que femmes: promulgation des premières politiques de formation en infirmerie au niveau national, l'intégration de l'infirmerie dans les organismes de décision en matière de formation et d'exercice professionnel; le passage à un seul niveau de formation, en coïncidant avec l'institution juridique de l'égalité du genre: et à l'accès à différents niveaux académiques, dans la continuation à l'intégration de l'apprentissage d'infirmerie au niveau du système éducatif national.

On a pu constater que l'état a joué au cours des années un rôle minimaliste, régulateur et centralisateur en ce qui concerne la formation. Pendant la durée du *Estado Novo*, a été promulgué un groupe de mesures légales fortement enracinées dans une vision stéréotypée du féminin. Avec la Révolution d'avril 1974 et pendant plusieurs années, malgré l'institutionnalisation de l'égalité juridique entre hommes et femmes, en pratique, les grandes transformations se sont situées dans la diminution des inégalités des classes et pas autant en termes de genre.

Malgré des contextes d'oppression et de tendance dominante de la transmission du féminin dans et par la formation en infirmerie, des importantes transformations ont été opérées sous la responsabilité des infirmières, surtout dans le domaine socioprofessionnel, en constatant des signes de changement très récents et, peut-être à cause de cela, encore atténués, dans le milieu privé.

La résonance de parcours de formation élaboré dans le féminin, dans notre quotidien et dans notre travail de tous les jours, partiellement consolidé par une petite participation du publique, par l'invisibilité des interventions de la part des propre infirmières, par l'invisibilité des interventions des propres infirmières et par le contrôle le plus subtil des corps et des sexualités, soutient le défi consensuel qui émerge des études qui ont eu pour objet l'histoire des vies particulières: "Repenser la Formation en Infirmerie ».

SIGLAS

ADSS	Administração Distrital dos Serviços de Saúde
AE	Auxiliares de Enfermagem
APE	Associação Portuguesa de Enfermeiros
CAE	Curso de Auxiliar de Enfermagem
CC	Curso Complementar
CEG	Curso de Enfermagem Geral
C.I.C.I.A.M.S	Associação Internacional Católica de Enfermeiras e Assistentes Médico-Sociais
CIDM	Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres
CIG	Comissão para a Igualdade de Género
CGE	Curso Geral de Enfermagem
CNE	Congresso Nacional de Enfermagem
CPLEESMO	Curso de Pós-Licenciatura de Enfermagem de Especialização em Saúde Materna e Obstetrícia
CPLEEMP	Curso de Pós-Licenciatura de Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria
CPPETC	Curso de Promoção Profissional de Enfermeiros de Terceira Classe
DEP	Departamento de Educação Permanente
DGH	Direcção Geral dos Hospitais
DGS	Direcção Geral de Saúde
EEAE	Escola de Ensino e Administração dos Serviços de Enfermagem
EEAR	Escola de Enfermagem Artur Ravara
EESVP	Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo
EP	Ensino Politécnico
ETE	Escola Técnica de Enfermeiras
ICN	Conselho Internacional de Enfermeiros
IPO	Instituto Português de Oncologia
HCL	Hospitais Cíveis de Lisboa
HSJ	Hospital de São João
HSM	Hospital Santa Maria
MDM	Movimento Democrático de Mulheres
MUDJ	Movimento de União Democrática Juvenil
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PE	Processo de Enfermagem
REPE	Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO GERAL.....	1
CAPÍTULO I. HISTÓRIAS DE VIDA.....	13
1. CARVALHO MARTINS, A SEDUÇÃO DO SABER	13
1.1. Da infância à autonomia através do curso de enfermagem.....	13
1.2. Anos 1940 e 50: a procura de saberes e a centralidade dos cuidados.....	15
1.3. A formação em enfermagem: da acção e dos contextos	21
1.4. Do caminho conseguido às expectativas de futuro.....	27
2. MARIA DIOGO, UM GRANDE SENTIDO DE JUSTIÇA E LUTA.....	31
2.1. Encruzilhadas da vida no Salazarismo.....	31
2.2. Sentido de justiça no fio da navalha.....	43
2.3. A enfermagem na ribalta pela mão de mulheres.....	48
3. MARIA FRANCISCA SOARES, UMA POSTURA POLÍTICA E DE AGIR ESTRATÉGICO... ..	49
3.1. Da determinação em fazer o curso ao início da vida profissional.	49
3.2. Na miragem da autonomia da formação em enfermagem.....	51
3.3. Entrar no mundo do trabalho ou perder o direito à vida privada?	60
3.4. O ensino e a profissão carecem de mudanças.....	63
4. SINTRA, A VOZ DO ACTIVISMO, DA CIDADANIA E DA MILITÂNCIA POLÍTICA.....	65
4.1. Da infância à enfermagem passando por uma escola diferente.....	65
4.2. Contextos de vida e da profissão.....	71
4.3. O futuro da enfermagem passa pelo exercício de cidadania.....	81
5. CORREIA SANTOS, NO TRILHO DE UMA FORMAÇÃO CRÍTICA E EMANCIPATÓRIA... ..	85
5.1. Relembrando o vivido desde a infância ao curso de enfermagem.....	85
5.2. Construindo um percurso profissional entre a gestão e formação.....	94
5.3. A formação: dos contextos às descobertas.....	96
5.4. Desbravando caminhos rumo a uma formação crítica e emancipatória.....	105
5.5. Reflexos plurais das desigualdades de género na vida das enfermeiras.....	113
6. MARIA AURORA SILVA, UMA PENSADORA DE ENFERMAGEM.....	119
6.1. Da infância ao curso de enfermagem.....	119
6.2. Da prestação de cuidados de enfermagem à acção sócio-cristã.....	127
6.3. O reencontro com a profissão.....	129
6.4. Três instrumentos de profissionalização marcaram um novo ciclo.....	138
6.5. Resgatando o passado, construindo o futuro.....	144
7. DALI, CONSTRUÇÃO DO PERCURSO DE CONSCIENCIALIZAÇÃO DA SUBORDINAÇÃO DAS MULHERES.....	146
7.1. Vivência da juventude ao curso de enfermagem.....	146
7.2. Des/encantos do início de uma vida profissional.....	153
7.3. Formação ao longo da vida: espaços/tempos de descoberta.....	159
7.4. Problematisando a realidade actual.....	167
CAPÍTULO II. PERCURSO METODOLÓGICO.....	178
INTRODUÇÃO.....	178
1. OPÇÕES EPISTEMOLÓGICAS.....	179
1.1. Método biográfico e produção de conhecimento.....	179
1. 2. (Inter)Textualidade, memória e linguagem nas Histórias de Vida.....	182
2. OPÇÕES METODOLÓGICAS E TÉCNICAS.....	187
2.1. Seleccionar narradoras: uma questão complexa.....	187
2.2. Construção e interpretação das Histórias de Vida.....	189
3. CONHECENDO AS NARRADORAS.....	194
4. CONCLUINDO.....	207
CAPÍTULO III. GÉNERO, CIDADANIA(S) E AGÊNCIA: DOS DEBATES TEÓRICOS CONTEMPORÂNEOS ÀS PERSPECTIVAS NA PESQUISA.....	208
INTRODUÇÃO.....	208
1. GÉNERO.....	210
1.1. Natureza versus cultura na emergência do conceito de género.....	210
1.2. Género e Sexo: da estratégia política às críticas ao conceito.....	213
1.3. Género: desconstrução de dicotomias, reafirmação de pluralidades e relações de	

poder.....	216
1.4. Linguagem e subjectividades.....	219
1.5. Pensar igualdade e diferença: contributos de Nancy Fraser e de Iris Young.....	220
2. CIDADANIA: DESOCULTAÇÃO DE SENTIDOS, LIMITES E POSSIBILIDADES.....	227
2.1. Cidadania: narrativa moderna e privilégio masculino.....	228
2.2. Dos direitos individuais à noção de “bem comum”.....	229
2.3. Marshall: um marco na cidadania social.....	232
2.4. Cidadania sob diferentes enfoques feministas.....	236
3. GÉNERO, CIDADANIA E AGÊNCIA: AS PERSPECTIVAS NA PESQUISA.....	242
4. EM JEITO DE SÍNTESE.....	245
CAPÍTULO IV. POLÍTICAS DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM, GÉNERO E CIDADANIA: (DES)FIANDO PERCURSOS, RECONSTRUINDO SENTIDOS.....	246
INTRODUÇÃO.....	246
1. UMA ENTRADA PARA A COMPREENSÃO DAS ESPECIFICIDADES POLÍTICAS DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	250
2. O ESTADO NOVO E AS POLÍTICAS DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: DA EMERGÊNCIA AOS PONTOS DE VIRAGEM.....	259
2.1. Anos 40: domesticando percursos de formação e de vida.....	265
2.1.1. Acção reguladora.....	266
2.1.2. Formação minimalista, hierarquizada e genderizada.....	276
2.2. Anos 60: pequenas grandes mudanças no mundo de enfermagem.....	283
2.2.1. Controlo, regulação, resistência e luta.....	284
2.2.2. Valorização mitigada da formação, hierarquização e genderização?.....	293
3. O ESTADO DEMOCRÁTICO E O UNIVERSAL NEUTRO NAS POLÍTICAS DE FORMAÇÃO.....	299
3.1. Um breve olhar sobre as políticas educativas e as relações de género.....	300
3.2. As mudanças trazidas pelos ventos de Abril.....	304
3.3. De 1988-2000: difícil resgate de espaços e vozes.....	307
4. OBSERVAÇÕES FINAIS.....	313
CAPÍTULO V. VOZES DAS NARRADORAS REVISITAM POLÍTICAS.....	315
1. FORÇANDO MUDANÇAS NAS POLÍTICAS PROMULGADAS PELO ESTADO NOVO.....	316
1.1. Década de quarenta: debilidades e falsas moralidades modelando vidas.....	317
1.1.1. “As primeiras políticas de formação tinham muitas debilidades”.....	318
1.1.2. A questão da proibição do casamento das enfermeiras hospitalares.....	318
1.2. Década de cinquenta: “um novo olhar sobre as escolas, mas...”.....	324
1.3. Década de sessenta: Mudanças, resistência e luta num contexto sócio-político de opressão.....	325
1.3.1. “O governo deu alguma abertura, mas havia um grande poder instituído”.....	326
1.3.2. “Mudanças impensáveis sob lideranças femininas, mas foi uma luta”.....	326
1.3.3. “O regime dificultou a colaboração com organizações estrangeiras”.....	337
1.3.4. Debate em torno da formação de auxiliares de enfermagem.....	339
1.4. Década de setenta: Entre a subtilidade na expansão minimalista e a centralização, um esboço de democracia?.....	344
1.4.1. “O governo não dizia, mas queria encher o país de Auxiliares de Enfermagem”..	345
1.4.2. “As políticas centrais eram atrofiantes e estranguladoras”.....	348
1.4.3. “Alguma legislação já dava muitos sinais de mudança”.....	348
2. POLÍTICAS DE FORMAÇÃO NO ESTADO DEMOCRÁTICO: DAS MUDANÇAS COMPLEXAS E TARDIAS.....	350
2.1. Igualdade social e cegueira de género nas políticas de Abril.....	350
2.1.1. “Os sindicatos lutaram para tirar uma letra à carreira docente!”.....	351
2.1.2. “No pós 25 de Abril: procura de formação por razões curriculares”.....	351
2.1.3. “A criação de um só nível de formação não foi isenta de tensões”.....	352
2.1.4. “Dificuldade na integração de homens em algumas equipas”.....	355
2.2. Década de oitenta: A emergência de um novo ciclo.....	356
2.2.1. Ampliando o domínio de actuação dos homens em enfermagem.....	357
2.2.2. Os novos “instrumentos de profissionalização”.....	357
3. SINTETIZANDO.....	361
CAPÍTULO VI. SINTONIZANDO PERCURSOS E RESSONÂNCIAS DE UMA FORMAÇÃO CONSTRUÍDA NO FEMININO.....	364
INTRODUÇÃO.....	364

1. MÚLTIPLOS CONTEXTOS E PERCEPÇÕES DE MODELAÇÃO “DA ENFERMEIRA”.....	365
1.1. Maternalismo público e sacerdócio: “o entendimento da formação foi, e é, marcado pelo feminino”.....	365
1.2. Género, condição social e origem geográfica: dimensões entrelaçadas.....	370
1.3. Género, contextos, modelos e actores na formação em enfermagem.....	377
1.3.1. “A organização de serviços e de cuidados influenciou a formação”.....	377
1.3.2. Homogeneidade da formação em enfermagem: mito com pés de barro.....	379
1.3.3. Actores de formação: “tive modelos opostos”.....	386
1.3.4. Lares: especificidades, oportunidades e espaços de socializações.....	389
1.3.5. Bolsas de estudo: “autonomia” e “dinheiro de bolso”.....	394
1.3.6. “Os médicos ganhavam quatro contos por exame final e nós... nada!”.....	395
1.3.7. Entrada “da masculinidade” numa profissão construída no feminino.....	396
2. CONTROLE DOS CORPOS E DAS SEXUALIDADES.....	403
2.1. Vigilância dos corpos e das sexualidades: alguns resquícios do passado?.....	404
2.2. Uniforme e aparência: “irmãs de caridade”, hierarquia, identidade profissional e competência.....	408
2.3. Apelidos: dessexualização abrupta, diferenciação sócio-profissional e paradoxos.....	410
2.4. Dos corpos renegados aos corpos tratados.....	412
3. “UMA HERANÇA HISTÓRICA PESADA DE MAIS”.....	412
3.1. As desigualdades de género e a construção social das subjectividades de enfermeiras.....	413
3.2. Da restrita participação pública à sua (in)visibilização.....	414
3.3. Do grupo à sororidade.....	416
3.4. A actualidade: entre a crise e o retrocesso, um esboçar de esperança.....	417
4. BREVE REFLEXÃO FINAL.....	422
CAPÍTULO VII. DA AGÊNCIA DAS ENFERMEIRAS AOS DESAFIOS FUTUROS.....	425
INTRODUÇÃO.....	425
1. PROCURANDO CONTEXTUALIZAR A MARGEM DE AGÊNCIA.....	426
1.1. Da sujeição de género percebida.....	426
1.2. Experiências vividas como sujeição.....	428
1.2.1. Maternidade como óbice à participação e como culpabilização.....	429
1.2.2. Famílias: apoio e constrangimento.....	431
1.3. Participando como ‘ponto de viragem’ para o empoderamento.....	434
2. SUBJECTIVIDADES, AGÊNCIA, CIDADANIA NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	440
2.1. Ampliando a cidadania na esfera privada.....	441
2.2. Resistências e mudanças no espaço sócio-profissional.....	443
2.2.1. Agência política na construção da autonomia profissional.....	444
2.2.2. “Senti que precisava de saber mais!”.....	451
2.2.3. Resgatando a vida privada das enfermeiras: “sempre respeitei a vida privada dos outros e exigi o mesmo com a minha”.....	456
2.2.4. Nos contextos de trabalho: “aproveitar a margem da diferença”.....	458
2.2.5. Gerir num contexto de relações patriarcais: “tive alguns braços de ferro, mas perceberam com quem estavam a trabalhar”.....	476
2.2.6. “Repensar a organização sindical numa complexa compatibilização de funções”.....	478
2.3. Activismo em ONG’S: “responsabilidades nacionais e internacionais”.....	481
2.4. Participação política num contexto de discriminação de género.....	482
2.4.1. Lutar pelo direito ao casamento: um crime político.....	482
2.4.2. Rara conjugação entre a política e a enfermagem: “poucas pessoas fizeram um percurso político e profissional”.....	484
3. INTERPELANDO O FUTURO.....	487
4. RESUMINDO.....	493
CONCLUSÕES.....	495
BIBLIOGRAFIA.....	516
ANEXOS.....	527
Anexo I. Grelha de pré-categorização.....	528
Anexo II. Ficheiro temático.....	529

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição de discentes por escolas de enfermagem, segundo o sexo e dotação professor/a por estudante, em 1942.....	278
Quadro 2. Distribuição do pessoal de enfermagem em serviço nos estabelecimentos de Saúde, por níveis de formação e por sexo, em Portugal Continental.....	298

INTRODUÇÃO GERAL

A noção de que *História da Enfermagem* reflecte, em larga medida, a *História das Mulheres* ecoa, sob intensidades diferentes, em diversos estudos recentes. Hoje, pensar a enfermagem implica estarmos “dolorosamente conscientes de que o ensino da enfermagem, sendo principalmente um ensino para mulheres, tem sofrido as mesmas influências políticas e sociais e históricas que as mulheres na sociedade”, nas palavras de Jean Watson (2005: 51). Duas dimensões estão em jogo: a primeira em concordância com a noção expressa por esta autora, a segunda, que decorre da primeira, exige que a produção de conhecimento se estribe na inter-penetração dos contextos sócio-políticos e ideológicos em termos sincrónicos e diacrónicos.

Assim, as palavras de Watson alcançam um significado muito especial, nesta tese, em que se procura conhecer e interpretar as continuidades e rupturas na formação em enfermagem enquanto *trabalho de mulheres*, no contexto específico da enfermagem portuguesa, tendo por base o período decorrido entre 1940 e a última década do século XX. Neste contexto, importa lembrar que tudo se joga num período de tempo em que a formação e o exercício profissional eram, praticamente, definidos nos termos de outros profissionais. A assumpção progressiva de responsabilidades, por parte de enfermeiras/os, nestes processos que lhes diziam e dizem respeito, foi sendo realizada, na sua maior parte, através da liderança de mulheres, nomeadamente algumas das nossas narradoras. Segundo Helena Araújo (2000), o conceito *trabalho de mulheres* é aplicado em relação a ocupações na esfera pública, socialmente construídas como adequadas à ‘*natureza feminina*’ ou ao ‘papel social das mulheres’, sendo particularmente útil por recordar que também o trabalho, nessa esfera, é atravessado pelas divisões sociais de género.

Pretendemos caminhar para um entendimento teórico da construção das subjectividades genderizadas através dos sistemas e percursos de formação, formais e não formais, partindo das experiências de vida e dos significados que as enfermeiras lhes atribuíram e atribuem. Neste sentido, esta tese assume o desafio, que se entende político, de trazer ao centro do debate e à academia, a pluralidade de vozes de enfermeiras que contribuíram activamente para a

construção e consolidação da profissão e/ou para a re/definição do estatuto político de mulheres, a partir da sua situação específica enquanto enfermeiras hospitalares, no Estado Novo.

Visa-se, deste modo, contribuir para a re/construção de processos de formação em enfermagem em direcção a uma cidadania alargada, tendo em conta o passado e o presente nos termos enunciados por algumas enfermeiras que os viveram e experienciaram. Trata-se de participar na re/construção constante de processos formativos que assegurem: por um lado, a igualdade de sucesso e a promoção do potencial de enfermeiros/as para desafiar os constrangimentos e dificuldades inerentes aos contextos em que decorrem as suas vidas pessoais e profissionais e, por outro, a capacidade de agir de acordo com as necessidades/problemas dos/as cidadãos/ãs no âmbito dos cuidados de saúde, em geral, e de enfermagem, em particular, também estas em transformação constante.

Assim, as questões da formação em enfermagem, em articulação com o género e com os sentidos de cidadania, onde as noções de estrutura e agência se interpenetram, intersectam e se afastam, constituem dimensões conceptuais centrais desta pesquisa. Importa que se explicitem, desde logo, os pressupostos conceptuais em que se alicerça o entendimento de formação em enfermagem que norteia esta pesquisa, abordando brevemente as cinco perspectivas epistemológicas que subjazem à formação, iluminando os fundamentos filosóficos aqui presentes.

Nas sociedades ocidentais, a formação tem estado imbuída de um modelo escolarizado, construído na época moderna e consolidado a partir da revolução burguesa, nos finais do século XVIII (Nóvoa 1988). Apesar das diversas transformações em relação às concepções e formas como tem sido organizada, as suas práticas, durante anos, mantiveram-se sob o pressuposto inalterável de “preparar no presente para agir no futuro”. O tempo de formação surgia, assim, separado do tempo de acção. Ora, esta dissociação está na génese de uma outra clivagem: a separação entre os espaços de formação e os espaços de acção. Tratava-se, pois, não só de dois tempos e dois espaços, mas também de lógicas de formação distintas: por um lado, colocavam-se os conteúdos e as disciplinas a transmitir, por outro, os problemas de trabalho a resolver e os projectos a concretizar. Acresce ainda, “[p]elo meio, a questão sempre presente da

(im)possibilidade de *transfert* entre as duas situações: em que medida (e de que modo) as atitudes, as capacidades e os conhecimentos adquiridos durante a formação podem ser “mobilizados” numa situação real de trabalho?” (ibidem: 110).

O modelo escolar permaneceu “incólume praticamente até aos nossos dias, não sendo abusivo afirmar que parte dos[as] educadores[as] actuais considera ainda que o seu trabalho consiste em... moldar a cera mole!” (ibidem)

A Escola Nova (anos vinte) foi o primeiro movimento a pretender pôr em causa o modelo escolar, embora não o tenha conseguido, em absoluto. Persistiram os seus dois “pilares”: a existência de um ‘tempo para aprender’ e um ‘tempo para fazer’. Deste modo, as práticas educativas permaneciam confinadas a espaços próprios e específicos, isto é, instituições especializadas. Apesar de tudo, a centralidade na aprendizagem, na autonomia e envolvimento activo dos/as formandos/as nos próprios processos de formação, a defesa dos métodos activos, a transferência da tónica no ensinar para o “aprender a aprender”, a articulação entre a escola e a vida, a oposição da “escola do trabalho” em relação à “escola do alfabeto” constituem inegáveis contributos da Escola Nova. Não está em causa a subvalorização da formação escolar ou académica, mas antes uma lógica de maior compatibilidade e articulação dialéctica entre espaços e tempos de aprender e fazer. Os contextos de trabalho, a interpelação e reflexividade sobre as práticas constituem um manancial de produção contextualizada do conhecimento (ver também, Costa, 2002). Apesar de todos os contributos da Escola Nova, o seu modelo continuou ainda a ser fortemente escolarizado.

A partir dos anos cinquenta e sessenta, este modelo escolar, consubstanciado a sociedades relativamente estáveis, começou a dar sinais evidentes do seu esgotamento. As transformações tecnológicas e a rápida desactualização de conhecimentos colocavam-no em causa. Mais do que “fornecer” uma base de conhecimentos sólida que rapidamente se tornaria obsoleta, importava tornar as pessoas capazes de se actualizarem permanentemente, de modo a responder eficazmente às exigências face a um mundo em mudança constante. Desta forma, eram as exigências sócio-económicas que impunham as transformações a operar na formação e não qualquer reflexão profunda do foro pedagógico ou filosófico.

Ao sentido de “inacabamento da formação”, como referiu Lapassade (Nóvoa 1988: 112) que começava a emergir, correspondeu a necessidade da emergência de um novo paradigma de formação designado, de educação global e permanente. Importa dizer, contudo, que a concepção de ser humano como seres inacabados entronca na filosofia, na economia e na evidência da investigação das ciências humanas e sociais. Deste modo, a tónica colocada na aquisição de conhecimentos definitivos dava lugar a esta nova abordagem, centrada na elaboração constante dos saberes e para ‘aprender a ser’. A formação já não era concebida em relação a conteúdos determinados a assimilar, mas em relação a um ‘processo do ser’ construído através de experiências variadas, que permitem ao sujeito compreender, comunicar e interpelar o mundo que o rodeia, permitindo-lhe uma constante emergência de si próprio. A partir daí, passou a ser entendida como um campo que transcende a infância e a juventude. Antes, tem lugar em todas as fases e múltiplos contextos de vida. A educação, concebida como global e permanente, faz com que deixe de se restringir às instituições e conteúdos programáticos que, durante anos, a caracterizaram. Deste modo, entrou em domínios outrora arredados da acção pedagógica.

Dependendo da lógica que a preside, a educação permanente representa um potencial considerável em relação à autonomização progressiva dos sujeitos e ao investimento de formação nos espaços de vida e contextos de trabalho. Contudo, de acordo com António Nóvoa (1988; 2002), pese embora os inegáveis contributos à formação de adultos, faltou-lhe a interrogação epistemológica sobre o processo de formação. Dito de outro modo, o investimento persistiu em ‘formar’ e não ‘formar-se’, isto é, na preocupação em saber o que é formador na vida de cada um. A compreensão profunda dos processos pelos quais as pessoas se formam remete-nos para desenvolvimentos de cada um/uma em relação com a sua história de vida.

Assim, os últimos anos do século XX foram marcados pelo investimento na construção de uma nova epistemologia da formação, onde se integra o método (auto)biográfico. Como referem vários/as investigadores/as (Nóvoa, 2002; Josso, 2002), as histórias de vida e o método autobiográfico inscrevem-se no movimento que procura repensar a formação, reforçando a ideia de que ‘ninguém ensina ninguém’ e de que “é inevitavelmente um trabalho de reflexão sobre os percursos de vida” (Nóvoa, 1988: 116). Desta forma, as perspectivas biográficas são

inseparáveis da “reabilitação progressiva do sujeito e do/[a] actor/[a]” (Josso, 2002:13) e autor/a das suas próprias vidas.

Na esteira de vários/as autores/as (Nóvoa 2002; Dominicè, 1988; Josso, 2002), considera-se que não se pode limitar o campo da formação em enfermagem às suas dimensões técnicas e tecnológicas ou meramente académicas.

Neste sentido, entende-se a formação em enfermagem como um processo que resulta da articulação do vivido e experienciado no passado, sobretudo na formação inicial, e os desenvolvimentos construídos e re/construídos ao longo da vida, em estreita relação com os diversos contextos sociais habitados. Esta tese fica enriquecida com a herança inerente às sucessivas rupturas epistemológicas no seio da formação que vem consubstanciar a perspectiva actual de formação ao longo da vida nos termos enunciados.

Assim, importa dar conta das razões que nos levaram a enveredar pela presente pesquisa que se inscreve em novas formas de cientificidade educativa em ruptura com as metodologias clássicas.

• **Consciencializando o género na formação**

A orientação assumida por esta pesquisa decorre da experiência de vida, entre a área da prestação/gestão de cuidados, num centro da saúde da periferia Norte, desde a década de oitenta e a docência, no virar do milénio.

No domínio da primeira, inscreve-se a ressonância do experienciado em relação a nós próprias e ao nosso mundo, circunscrito ao plano íntimo, mais próximo, no domínio do “eu”. Na segunda, insere-se a profunda e inquietante tomada de consciência de que as relações sociais de género atravessam e condicionam múltiplas dimensões da cidadania das/os enfermeiros/as, quer na esfera pública, quer na esfera privada, a partir da percepção em torno do vivido por colegas. Aqui, foi particularmente relevante a experiência de leccionação com o Curso de Complemento de Formação, em regime pós-laboral, pelo confronto e consciencialização da magnitude desta problemática social, mas também pela oportunidade de intervir na formação na lógica andragógica, perspectivando-se a articulação entre os projectos dos/as formandos/as, das instituições de origem e o projecto formativo.

A interpelação enuncia-se mais profundamente em torno de questões no domínio das relações sociais de género, e que vão muito para além das ‘evidências

estatísticas'. Progressivamente, tornava-se claro que se constituíam *realidades* que urgia e urge transformar num quadro onde as diferenças devem ser promovidas, mas significando igual valor. Equacionar a formação no futuro com rigor e seriedade, em nossa perspectiva, impõe a compreensão profunda do presente em relação ao passado.

Assim, esta tese pretende ser igualmente um contributo para a História da Enfermagem no entrelaçar com a História das Mulheres, na esteira de inúmeras obras de referência, tanto a nível internacional (Donahue, 1985; Dingwall, Rafferty e Webster, 1988; Collière 1989, 2003; Melleis, 1991; Bevis, 2005; Watson, 2005) como nacional (Neto, 2006; Carneiro, 1998; 2003; Soares, 1997; Abreu, 1997).

De facto, existem investigações sócio-históricas sobre a enfermagem portuguesa de relevância, pertinência e actualidade, (Amendoeira, 2006; Nunes, 2003; Nogueira, 1990; para além das já enunciadas e outras), onde a perspectiva de género é circunstancialmente abordada. A investigação existente em termos de género é recente, inscreve-se em domínios específicos, sendo os seus contributos para a construção do conhecimento e re/construção identitária da profissão de importância acentuada (Simões e Amâncio, 2004; Araújo, 1995; 2004; Fernandes, 1996, entre outros/as). Porém, a investigação sócio-histórica, tendo por objecto central o estudo das relações sociais de género, estribada na 'epistemologia do experiencial' em relação a algumas das actoras e autoras da construção e consolidação da profissão e da ampliação do espaço de cidadania das enfermeiras, é, praticamente, inexistente.

Com a produção de conhecimento a partir das vozes e experiências das enfermeiras, não se procura glorificá-las (Ferrarotti, 1983), mas dar visibilidade às diferentes agências desenvolvidas ao longo dos tempos em contextos, frequentemente, de índole dominadora e opressiva. Por esta via, contribui-se também para a construção da *História das Mulheres*, sendo que "a verdadeira história das mulheres, é a história do decurso continuado das suas vidas num mundo definido, nos seus *próprios termos*" (Gerda Lerner in Araújo, 2000: 18). Nesta medida, esta pesquisa, cuja problemática se explana de seguida, é inovadora, na enfermagem e reveste-se de um carácter político.

• Da problemática

Neste trabalho, procura-se interpretar e compreender em que medida os processos de formação em enfermagem têm vindo a ser delimitados e conformados pelas relações sociais de género, na perspectiva de enfermeiras que participaram e/ou participam activamente na construção e consolidação do desenvolvimento profissional. Está em jogo a compreensão profunda das continuidades e descontinuidades inerentes aos diferentes processos através dos quais as enfermeiras se têm vindo a formar, tendo por base a sua inclusão parcial na cidadania (Pateman, 2003, Araújo, 2007).

Na base dos pressupostos enunciados, emerge um conjunto de questões: Que valores e sentidos de cidadania de género estão subjacentes nas políticas de formação, ao longo dos tempos? Quais são as percepções das narradoras sobre o papel do estado na re/produção dessas imagens, valores e sentidos de cidadania? Em que medida os processos de formação foram condicionados e delimitados pelas relações sociais de género? Em que termos as enfermeiras expressaram as continuidades e rupturas nos processos de formação em enfermagem, em geral, e em termos de relações sociais de género, em particular? Em que contextos se têm operado as mudanças? Qual a sua margem de agência nos diferentes contextos históricos? Qual a agência das enfermeiras na transformação/manutenção dos quotidianos marcados pela sujeição? O que as mobilizou, nessas acções? Que articulações desenvolvem entre as várias dimensões de cidadania (trabalho, política, vida privada, entre outras)? Como pensam as narradoras que se pode contribuir para a formação de novas gerações?

Os pressupostos enunciados em articulação com o objecto de estudo e com as questões colocadas conformaram as opções epistemo-metodológicas seguidas e que urge apresentar.

• Opções epistemo-metodológicas

Partindo dos pressupostos teórico-metodológicos que têm vindo a ser enunciados, a sintonização de vozes e de silêncios em sinal de assentimento, de

contestação, de revolta, de negação, de pertinência estratégica, ou em resultado de incapacidade e impotência, constitui o cerne deste trabalho.

Conhecer as formas como as enfermeiras construíram e constroem as suas vidas, as transformações de que têm sido alvo, bem como a apreensão dos contextos e percepções que lhes estão subjacentes, os seus contributos nas diferentes esferas da cidadania, e como, a partir deste conhecimento construído com elas, podemos pensar e re/orientar os percursos formativos numa perspectiva mais inclusiva, emancipatória e crítica, (Freire, 2005; Weiler, 2003), constituiu o percurso desenvolvido.

Trata-se de uma perspectiva que valoriza a “expressão de subjectividades próprias que se tornam fundamentais para o devir de uma nova ordem social” (Couceiro, 2000: 316). Sublinha a relevância de ter ‘voz’, “a experiência na sua diferença” (Araújo, 2004: 313), atribuindo à subjectividade “um valor de conhecimento” (Ferrarotti, 1983: 83). Percorre-se um caminho heurístico que toma o acto social como síntese do sistema social e a história de cada um/a como história totalizada por uma praxis, que proporciona a compreensão e a interpretação do universal por meio do singular (ibidem).

Na medida em que cada acção ou comportamento humano reúne concomitantemente constrangimentos externos e a praxis humana que os filtra, os destrutura e re/estrutura, refuta-se a existência de um ‘sujeito activo’ e um ‘objecto passivo’, nas pessoas da investigadora e da observada e biografada. Toma-se, assim, a produção do conhecimento centrada no paradigma da intersubjectividade. A interacção estabelecida entre as intervenientes no processo é crucial. Como Ferrarotti (1983) refere, a pessoa investigadora não conhecerá a fundo, se não ao preço de se dar a conhecer. E foi o que aconteceu em relação ao longo de todo o processo que culminou na construção e interpretação das sete Histórias de Vida centrais, desta pesquisa.

Dado que se pretendia apreender o sentido das transformações (e permanências) nas relações sociais de género, procurou-se que as narradoras, de entre o perfil anteriormente enunciado, tivessem efectuado a sua formação de base em diferentes fases, tendo como referência as décadas de quarenta, sessenta e a Revolução de Abril, sendo que nos interessava que alguma delas tivesse uma experiência recente no âmbito da formação avançada. A escolha destes momentos históricos tem a ver com o facto de se relacionar respectivamente com:

a promulgação das primeiras políticas de formação em enfermagem de âmbito nacional; a integração da enfermagem em órgãos de decisão em matéria de formação e exercício profissional; a passagem a um nível único de formação, coincidindo com a instituição jurídica da igualdade de género; e o acesso a diferentes graus académicos, na sequência da integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional.

Assim, três enfermeiras inscrevem-se na primeira fase, outras três na segunda e uma na última, sendo que duas delas tiveram experiências no âmbito de formação de mestrado e/ou doutoramento, nos primeiros anos do século XXI.

Visando-se simultaneamente a promoção da interacção entre biografadas e pesquisadora e a sintonização, interpretação dos discursos e dos possíveis silêncios, procedeu-se também à análise documental. Assim, a análise de políticas de formação em enfermagem, numa fase inicial as que foram elaboradas e promulgadas nas fases em que se inscrevem as narradoras, posteriormente, ampliadas pelo caminho a que as Histórias de Vida nos conduziram e de textos produzidos quer pelos responsáveis pela formação quer por enfermeiros/as, constituiu-se um auxiliar no percurso de reflexão e construção do referencial teórico. A construção das Histórias de Vida e a sua interpretação sistemática foi o procedimento efectuado, o que deu origem a uma interpelação constante em relação ao quadro teórico e consequentemente a sua re/construção.

Neste contexto, sentimos necessidade de desenvolver substancialmente o campo de conhecimentos no domínio sócio-histórico e político, para compreender as especificidades das transformações (e continuidades) da formação em enfermagem em relação aos sistemas educativos, na sua globalidade e em relação à mudança social. Da mesma forma, se fizeram investimentos na teoria social feminista e na teoria crítica da educação, no sentido não só de se perceber a produção e reprodução dos sujeitos face a estruturas de opressão, como também de antever acções em ordem à transformação e ampliação dos sentidos de cidadania das enfermeiras.

Após a breve apresentação de ordem epistemo-metodológica, prosseguindo a introdução do/a leitor/a numa 'viagem' que se pretende agradável e heurística, dá-se conta da organização do texto da pesquisa.

• Organização e estruturação da tese

A tese encontra-se organizada em sete capítulos interligados, sendo que os critérios de estruturação procuram traduzir a centralidade que as subjectividades e experiências das enfermeiras tiveram, nesta pesquisa.

Assim, o primeiro capítulo, *Histórias de Vida*, traz a pluralidade de vozes das sete enfermeiras, apresentadas com base em critérios diacrónicos relativos ao início da formação profissional em enfermagem. Procurou-se preservar a autenticidade dos discursos, tendo-se efectuado 'pequenos arranjos' subjacentes à sua estruturação e apresentação escrita. A produção final resulta do acordado com as narradoras.

No segundo capítulo, *Percurso Metodológico*, dá-se conta, de forma pormenorizada, das metodologias de pesquisa desenvolvidas para escutar as vozes e captar as singularidades e para compreender e interpretar os sentidos atribuídos às formas como as enfermeiras foram construídas, se construíram e re/constroem. Explicitam-se os procedimentos, os dilemas e as questões que se interpõem. Na medida em que a produção de conhecimento tem como pano de fundo a "intersubjectividade de uma interacção" (Ferrarotti, 1983: 56), terminámos com a apresentação das narradoras em resultado da articulação de algumas das suas palavras e o nosso olhar sobre e com elas.

No terceiro capítulo, *Género, Agência e Cidadania(s): dos Debates Teóricos e Contemporâneos às Perspectivas de Pesquisa*, apresentam-se concepções estruturantes da pesquisa, articulando-se, com o conhecimento na área, algumas 'evidências estatísticas' que apontam para a polaridade, quase extrema, da enfermagem no 'feminino' e produção teórica no campo. Percorrem-se diferentes perspectivas, fazendo emergir a complexidade e heterogeneidade de campos teóricos, explicitando-se os pressupostos em que nos estribamos para sintonizar, interpretar e teorizar a experiência individual e as subjectividades, sem nos enredarmos na categoria 'enfermeira' e, simultaneamente, desocultar os diferentes sentidos de cidadania a que as enfermeiras têm acedido, muitas vezes, ofuscados pelo seu carácter universal e masculino. Neste sentido, empoderamento e agência são noções fundamentais à re/conceptualização da cidadania, que se quer verdadeiramente inclusiva (Lister, 2002; Pateman, 2003; Young, 2003; ver também Araújo, 2007; Fonseca, 2006; Magalhães, 2005).

No quarto capítulo, *Políticas de Formação em Enfermagem, Género e Cidadania: (Des)fiando Percursos, Reconstruindo Sentidos*, procura-se perceber as continuidades e rupturas nas políticas de formação em enfermagem em resultado do jogo inerente às estruturas de género e à acção transformadora dos sujeitos, a partir de uma perspectiva transversal e diacrónica. Fazem-se emergir valores e ideologias acerca das mulheres que estão subjacentes às referidas políticas em articulação com a mudança social, particularmente no que se refere à educação 'feminina', e concomitantemente realça-se os papéis do estado na conformação, sempre relativa, de cidadanias parciais das enfermeiras.

No quinto capítulo, *Vozes das Narradoras Revisitam as Políticas de Formação*, abordam-se as formas como foram percebidas (ou não) e experienciadas as políticas e, conseqüentemente, o papel do estado, por um lado, como condicionantes das construções genderizadas das enfermeiras e, por outro, como permitindo alguma, ainda que curta, margem de alternativa. A partir da escuta das vozes e dos silêncios, norteados por uma postura heurística, trazem-se a debate tópicos que o recurso a outras metodologias dificilmente permitiria. Calcorreia-se um percurso ladeado a montante pelo ignorar das enfermeiros/as no processo de construção de políticas, o que não impediu algumas (enfermeiras) de ter voz e de discordar publicamente dos sentidos preconizados pelas políticas, e a jusante pela autonomização relativa da profissão e a integração tardia e complexa no sistema educativo nacional. Pelo meio, entrecruzam-se o inusitado e o paradoxal, expressos, entre outros, pela liderança e acesso a cargos de tomada de decisão de 'topo', pela progressiva influência política de enfermeiras, pelo esboçar de uma gestão democrática anterior à ocorrida nos sistemas educativos e, ainda, pelas transformações estruturais de género pouco pródigas e tardias trazidas pelos ventos de Abril.

No sexto capítulo, *Sintonizando Percursos e Ressonâncias de uma Formação Construída no Feminino*, dá-se conta das diferentes percepções em relação à construção de 'a enfermeira', partindo-se das experiências de formação das narradoras, sobretudo de âmbito inicial. São abordadas as condições e as formas pelas quais se pretendia veicular o 'lugar da enfermeira', mediado por várias dimensões sociais, assim como os modos como foram filtradas, aceites, re/estruturadas e desafiadas. A disciplinação dos corpos, as várias estratégias de dessexualização, algumas das especificidades de uma formação construída no

feminino, constituem acordes de fundo, alguns dos quais foram compostos e recompostos sendo susceptíveis de ser apreendidos, na actualidade, ainda que com timbres diferentes.

No sétimo e último capítulo, *Da Agência das Enfermeiras aos Desafios Futuros*, numa primeira secção, sinalizam-se alguns constrangimentos, pelo intenso peso nas vidas pessoais e profissionais das narradoras, no sentido de introduzir os/as leitores/as, que possuam um conhecimento relativamente superficial e relembrar aos/às outros/as que o fruem, os contextos de formação e de vida da 'mulher-enfermeira' durante o regime salazarista. Pretende-se, assim, uma contextualização da acção intencional dos sujeitos na transformação dos contextos percebidos como opressores, pelo que se rejeita, desde logo, qualquer pressuposto de dicotomização ou polaridade entre estrutura e agência. De seguida, fazem-se fluir as diferentes agências nas distintas esferas da cidadania, quer na esfera pública, quer na esfera privada. O pensar e o fazer da formação em enfermagem no futuro configuram desafios, mas também oportunidades para o forjar da re-gendarização da cidadania (Lister, 2002; ver também Araújo, 2007). Encerra-se a pesquisa, apresentando contributos para a construção da história de enfermagem, articulada com os estudos de género, estudos de mulheres e estudos feministas e para a re/configuração dos processos de formação em enfermagem, numa lógica de mudança, que se quer, progressista.

CAPITULO I. HISTÓRIAS DE VIDA

1. CARVALHO MARTINS, A SEDUÇÃO DO SABER

1.1. Da infância à autonomia através do curso de enfermagem

- **“Aprendi no mesmo dia a multiplicar, dividir, somar e subtrair”**

O meu pai era monárquico e eu era a mais velha de nove irmãos. Até aos 12 anos tratei dos meus irmãos. Fiz em casa a 4ª classe. Aprendi no mesmo dia a multiplicar, dividir, somar e subtrair e tentaram ensinar-me as provas reais.

Quando a Senhora me queria ensinar a prova real da divisão, saí da cadeira, sentei-me no chão a olhar por um buraco que dava para a cave e disse-lhe:

-Estou muito cansada, não quero aprender mais nada! E ninguém mais me ensinou nada!

A vida era muito diferente, mas também tinha a sua graça. Hoje, nem imaginamos o que era viver sem máquina de lavar, sem telefone, sem electricidade. Limpei muitas vezes as chaminés dos candeeiros. Aliás, era a primeira coisa que se fazia de manhã, para que, à noite, estivessem devidamente prontos para serem utilizados.

Fui para o Colégio das Doroteias, onde fiz o 5º ano. Íamos a pé, a quinta dos meus pais era relativamente próxima e não havia trânsito. Não era como agora! Era muito giro! Quando o meu pai comprou o carro, vinha da nossa quinta até ao Campo Grande e depois, desligava e ia até aos Restauradores. Imagine o trânsito à época!

- **“A ideia que tínhamos da enfermagem não é a de hoje”**

Depois, fui para a Escola de Enfermagem de São Vicente de Paulo (EESVP), sou dos primeiros cursos. A criação desta escola resultou de uma ideia extraordinária da Irmã Eugénia, que foi a de chamar raparigas de ‘boas’ famílias para a Enfermagem. Iam para lá filhas de médicos...

O Prof. Francisco Gentil fazia parte da direcção, mais tarde, com uma fundação americana¹ criou a escola dele, a Escola Técnica para Enfermeiras (ETE). Lembro-me dele, já velhote, adormecia nas provas. Dizia-nos, então:

¹ Refere-se à Fundação Rockefeller.

- Meninas gentis, cuidado! Eis o Prof. Gentil! Dormitando ou acordado examino, julgo e chumbo!

Era engraçado. À época, não havia grandes habilitações, poucas jovens tinham o 5º ou 7º ano. Não havia disponibilidade económica.

Nessa altura, a ideia que tínhamos da enfermagem, não é a de hoje. Era para sabermos o que se podia fazer de melhor pelos doentes. O Curso era bastante completo, tínhamos psicologia, anatomia, patologia, enfermagem e um pouco de sociologia, mas não estava ainda, digamos, estruturado profissionalmente. A formação em enfermagem, em quarenta, exercitava-se, iniciava-se, de forma pouco estruturada. Os médicos abordavam as questões médicas. Fui para o estágio, nunca tive uma monitora. Trabalhava uma enfermeira diplomada, no ano anterior, que também tinha feito o estágio sem qualquer monitora. Era assim...

O meu curso começou com 110 alunas e acabou com 24, porque no fim do primeiro ano saíam com o curso de auxiliares de enfermagem. Sabiam fazer camas, dar injeções e essas coisas assim. As outras seguiam o 2º e 3º ano e não se repetia nada do curso de auxiliar de enfermagem. Os cursos de enfermagem tinham duração de três anos e de auxiliares de enfermagem de um ano.

• **“O meu pai não se opôs ao curso, mas fez-me prometer que nunca iria trabalhar”**

O curso de enfermagem foi uma ‘janela que se abriu’ a jovens dos diversos meios. Naquela altura era muito difícil os pais aceitarem esta decisão. A enfermagem estava *muito baixa*. Eu tive a sorte de ter duas primas que já estavam a fazer o curso e, como uma delas era filha de um primo do meu pai, foi um pouco ‘Maria vai com as outras’. Assim foi fácil, mas em todo o caso, o meu pai fez-me prometer que nunca iria trabalhar, era só para fazer o curso. Tanto que eu, quando saí da escola, não fui logo trabalhar. Ajudava a minha mãe em casa. Éramos muitos, muitos irmãos, alguns pequeninos...

Uma vez, chegou uma carta das Caixas de Previdência² a pedir-me para ir trabalhar. Deixei-a pousada num móvel. O meu pai quando a viu, perguntou-me o que era que queriam com aquela carta.

² Em 1946, é publicado o Decreto-Lei nº 353111, de 25 de Abril, que cria a Federação das Caixas de Previdência, dando origem a um crescimento rápido destes serviços (Ferreira, 1990:341).

- Pai, é mais uma vez a pedirem-me para ir trabalhar para as Caixas de Previdência. Este trabalho não é de noite! Vou de manhã e venho à tarde. Outras vezes, vou só de tarde...

Disse-me então:

- Gostava mais de te dar o dinheiro em vez de ires trabalhar!

Era uma forma de dizer. Sabia que me não daria o dinheiro.

Disse-lhe:

- Se o pai me deixa ir trabalhar, vou experimentar!

1.2. Anos 1940 e 50: a procura de saberes e a centralidade dos cuidados

• “Não era capaz de dizer aos doentes que não lhes faria tratamento algum”

Lá fui trabalhar para as Caixas de Previdência, onde estive três anos, até finais da década de quarenta. Saí, porque a grande maioria dos doentes eram sífilíticos e tuberculosos e tinha saído uma nota superior do Ministério do Interior ordenando a suspensão terapêutica às pessoas com análise positiva para o Bacilo de Koch. Suspendia-se a medicação ao doente - a vitamina C e o cálcio -, que era a grande esperança deles, embora não fizesse grande coisa.

Esta situação impressionou-me muito. Não era capaz de dizer aos doentes que se fossem embora, que não lhes faria tratamento algum.

Fui-me embora. Fui trabalhar para um bairro social onde havia muitos doentes com tuberculose. O médico da Caixa tinha-me dito que precisavam de uma enfermeira que não se importasse de trabalhar com estes doentes. Tinha aberto uma consulta específica e não tinham conseguido encontrar uma enfermeira que quisesse trabalhar nessas condições.

A Rainha D^a Amélia³ já tinha apoiado bastante o combate à tuberculose, em Portugal. Pagou a médicos para irem a França fazer formação, fundou o Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, criou os sanatórios de D. Carlos, em Lisboa, D. Manuel II, no Porto e o da Guarda. Construíram-se por sua iniciativa estes três sanatórios. Fez muita coisa pelos doentes tuberculosos em Portugal. É preciso ver que a tuberculose e a sífilis eram os dois grandes flagelos. Os tuberculóticos surgiram muito mais tarde e, quando surgiu a estreptomicina, poucas pes-

³ Casada com D. Carlos I, foi a última Rainha, de facto, em Portugal, tendo reinado no período de 1889 a 1908, dedicou-se a algumas causas sociais.

soas tinham acesso a ela, para além de vir muito pouco purificada, causando imensos problemas auditivos.

Aí, também tive alguns problemas. Havia, nesse tempo, alguma luta entre enfermeiras e assistentes sociais. Hierarquicamente estavam elas e, depois, é que estávamos nós. Nos Centros de Saúde era diferente.

Assim, de manhã, colaborava na realização dos pneumotorax(s)⁴ e administrava injecções. À tarde visitava, nas casas, os doentes que já não podiam ir aos serviços, administrava injecções, conversava e ouvia-os ...

A assistente social queria que, à tarde, fosse trabalhar para a creche.

Disse-lhe:

- Estou a trabalhar com doentes tuberculosos e à tarde vou para a creche? Não, não vou! Com a mesma bata e tudo! É muito perigoso para as crianças. Elas não têm a mesma resistência que nós!

• **“Sentia que precisava de saber mais sobre a enfermagem noutros países”**

Quando comecei a trabalhar, senti que me faltava qualquer coisa, não conseguia dizer o quê, mas sentia que precisava de saber mais! Daí a necessidade de conhecer o que se passava na enfermagem, noutros países. Em Portugal, não havia nada!

Um dia, estava na fila para votar para as eleições presidenciais, do Salazar e do Marechal Carmona, com uma colega que trabalhava na maternidade Alfredo da Costa. Éramos vizinhas e o nosso nome próprio começava pela mesma letra. Na altura, seguia-se a ordem alfabética. Enquanto esperávamos a nossa vez, estivemos a conversar. Disse-lhe que gostava de saber mais enfermagem, gostava de saber mais coisas, estar mais preparada. E se fôssemos fazer um estágio ao estrangeiro, de cerca de dois ou três meses?

Ela gostou muito da ideia. Era uma rapariga muito culta. Escreveu para a Suíça, França e Bélgica. Deram-nos resposta e optámos por ir para uma clínica na Bélgica, onde fizemos um estágio de três meses. Os nossos cursos de enfermagem não foram reconhecidos. Aceitaram-nos, mas como auxiliares de enfermagem. Fizemos estágio em pediatria, cirurgia torácica...

⁴ O pneumotorax foi uma técnica que esteve muito em voga no tratamento da tuberculose e que hoje, está em desuso. Consistia na introdução intencional e repetida de ar na pleura.

Trabalhávamos muito, cerca de doze horas por dia e só tínhamos folga de quinze em quinze dias, por exemplo, de sábado à tarde até domingo à noite. Nesse período, aproveitávamos para conhecer a Bélgica. A vida era muito difícil.

Regressei após três meses. Tinha pedido uma licença sem vencimento de dois meses e o mês de férias. Voltei para o meu lugar, nesse bairro social, apesar da assistente social não ter achado muita graça.

Nessa altura, tinha uma familiar que nasceu com uma paralisia cerebral, tinha muita dificuldade em andar e falar e, de vez em quando, ia à América fazer tratamentos. Acompanhava-a uma colega nossa que soube que não ia ter cura nenhuma e não era capaz de lhe dizer para se ir embora.

Então a mãe pediu-me se eu ia falar com ela. Disse-lhe:

- Até aproveito! Eu sei tão pouco!

Pedi licença sem vencimento. A assistente social ficou furibunda.

Fui com a minha prima para a América, onde estive quatro meses. Gostei muito, porque vi muita coisa de enfermagem.

Mais tarde a minha prima voltou a querer ir comigo. Pedi então outra licença sem vencimento para fazer um estágio, em New Jersey. O Dr. Vilar fez-me uma carta de apresentação e estive lá a estagiar durante quatro meses. Era o médico que fazia as broncoscopias, tinha feito a especialidade no Hospital Escolar de New Jersey, o Jersey City. Era casado com uma enfermeira americana.

Nesta altura, estagiava das 7.30 à 1 hora da tarde. Não ganhava nada. Estava com a minha prima, as despesas eram feitas por ela. Eu pagava os transportes.

Saía às 5.30 da manhã de Nova York para ir para New Jersey. Foi uma experiência muito interessante. As enfermeiras tinham muitos conhecimentos científicos. Havia cinco níveis de formação em enfermagem: as enfermeiras práticas, as enfermeiras profissionais, as auxiliares...

Fiz também uma visita de observação à França, muito curta, mas não gostei muito. Foi na altura em que se iam começar a fazer as cirurgias ao pulmão, as pneumectomias. Parecia-me que no Sanatório, onde trabalhava, tínhamos as coisas mais organizadas. O curso de enfermagem, em França, nessa altura, tinha também a duração de dois anos. Foi a imagem com que fiquei, embora fosse uma estadia muito curta.

Gostei muito dessas experiências, pois, em Portugal, nunca tive a possibilidade de trabalhar num hospital. Naquela altura, os hospitais não aceitavam enfermeiras

diplomadas por escolas particulares. Os Hospitais Civis aceitavam só as enfermeiras formadas pela Escola de Enfermagem Artur Ravara. Ainda me candidatei ao Hospital Curry e Cabral, mas não me aceitaram.

As Enfermeiras da Escola de Enfermagem S. Vicente de Paulo eram muito requisitadas para serviços novos que abriam. Chamavam-nas para abrir os postos de saúde, agora designados por centros de saúde. Precisavam de enfermeiras e vinham buscar as que se formavam por esta escola.

• **“Sei dar injeções, fazer pneumotorax’s, mas não sei passar multas!”**

Já tinha saído do serviço anteriormente para ir à Bélgica e à América. Quando regressei, a assistente social disse-me que não me queria lá mais.

O médico que trabalhava comigo ficou muito triste por me ir embora. Nunca tivemos mortes. Correu sempre tudo bem! Disse-me logo que me arranjava para trabalhar num Sanatório, sabia que estavam a precisar de uma enfermeira.

Combinou-se com o director que estaria às oito horas.

Quando lá cheguei, o director disse-me:

- Vem comigo e vai ver o que a senhora tem que fazer.

Fomos, pelo corredor, com alas grandes e arejadas. Os doentes tinham que fazer ‘curas de ar’. Encontramos um médico e diz-lhe:

- Sr. Dr., são 8.30 h. Está atrasado. Está multado num dia de trabalho. Chegou tarde!

Continuou a andar num passo muito depressa. Era nova também andava depressa.

Entramos numa enfermaria, estava um pano do pó em cima de uma cadeira. Chamou:

- Criada deste serviço venha cá. Está multada em meio-dia de trabalho. O pano do pó está fora do seu lugar!

Continuamos a andar, a andar. Era muito grande. Chegamos ao andar de baixo, o C2 . Diz-me:

- Aqui é o quarto da enfermeira chefe. Ali é o quarto das enfermeiras.

No meio havia uma casa de banho. A torneira estava a deitar. Ficou sentado.

- Chamem a enfermeira.

- Sr.^a Enf.^a, vá à secretaria. Está multada num dia de trabalho.

Seguimos até ao gabinete e diz-me:

- Vê, Sr.^a Enf.^a é isto que quero que faça.

- Tenho muita pena, Sr. Director, mas não sou polícia! Sou Enfermeira, peço desculpa, mas multas não sei dar!

E fui-me embora. Quando cheguei ao dispensário, o médico perguntou-me se tinha corrido bem. Contei-lhe:

- Muito Sr. Dr.! O Director multou um médico, uma empregada e uma enfermeira! Queria que eu passasse multas. Sei dar injeções e colaborar na realização dos pneumotorax(s), mas multas não sei passar!

Ficou surpreendido, tanto mais que não tinham enfermagem. Falou novamente com o Director do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, que me mandou voltar lá, pois já tinha resolvido o problema.

Apresentou-me os serviços e iniciei funções. Estive neste sanatório, desde o início a meados dos anos cinquenta.

• **“No Canadá trabalhei em part-time para pagar o curso”**

Entretanto, em meados dos anos cinquenta, vi o programa de um bacharelato no Canadá e pensei: se eu fosse lá? Sei tão pouco de enfermagem!

Escrevi e disseram-me para mandar o curriculum, para ser reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros do Canadá. Contrariamente ao que tinha acontecido na Bélgica, já me reconheceram o curso como enfermeira. Para ir, não me despedia do Sanatório. Podiam-me dar bolsa, equiparação a bolseira ou podia ficar com o compromisso de voltar para o sanatório. Pedi licença para me ausentar, com o compromisso de regressar. Já tinha a documentação, o bilhete de avião e nunca mais vinha a resposta ao meu pedido.

Tinha uma amiga que por sua vez era conhecida do Director Geral de Saúde, a quem pedi que me localizasse os papéis. Já tinha ido ao Dr Agostinho Pires, no Rato, que me disse que tinha mandado tudo para o Ministério, mas continuava sem qualquer resposta.

Aquele senhor era um homem muito bom! Esteve até às três da manhã no gabinete e não encontrou papel nenhum. Bom, disse que não fazia mal. Que fizesse outro papel e estivesse de manhã, às 9 horas no gabinete, no Terreiro do Paço, que ele assinava-o.

De manhã, entra ele e o Dr. Agostinho Pires e este pergunta:

- O que é que esta Sr.^a está aqui a fazer?

- Veio para eu lhe assinar um papel. Tem que sair e não encontro o pedido dela.
- Pois não. Está aqui na minha pasta.

Como eram as coisas!...

Perguntou ainda:

- Em que condições é que a Sr.^a vai? Ela tem que se responsabilizar em voltar para o Sanatório quando vier.

Fui para o Canadá fazer o curso, que era pago e eu sem bolsa. Tive, pois, que trabalhar. Não havia condições económicas para ser de outra forma. Aceitaram-me a trabalhar em *part-time*. Ganhava para pagar o curso onde tinha sido admitida. O curso funcionava de manhã, e de tarde num hospital de religiosas, muito bonito, onde fiquei hospedada. Entrava às 6 da tarde e saía às 11 da noite. Ao sábado, entrava às 16 e saía às 23 horas, fazia mais horas porque não tinha aulas.

O que eu aguentei!

O Curso de Bacharelato em Ciências de Enfermagem era realizado na Universidade de Montreal. Fiz lá o 6º e 7º ano⁵, para poder fazer o Bacharelato.

Custou-me muito fazer sobretudo filosofia, expressar os pensamentos em francês custava um bocado, mas enfim, passei!

Passei muito bem, fiz o Bacharelato com *Magna Cum Laude*⁶ e fui das primeiras enfermeiras portuguesas a ter bacharelato.

Nesse período, vive um episódio muito aborrecido: Era Verão. O verão lá começa em Maio. Eles contratavam estudantes para lavar a loiça na cozinha e um deles tinha febre tifóide. Houve um surto no hospital. Estava tão mal, quando às 11 horas da noite me bateram à porta. Era a administradora do Hospital a dizer-me que precisava de mim, porque tinha as enfermeiras todas caídas, atrás de posto.

Também eu não tinha condições. Tinha ido, não sei quantas vezes, à casa de banho, sentia um mal-estar terrível, tinha tomado banho, os cabelos esticados, escorridos. Pediu-me por tudo para a ajudar. Não havia ninguém, sobretudo, para administrar a terapêutica. O meu trabalho era de noite. Havia uma freira que era muito difícil de aturar, muito chata, que era a inspectora de serviço durante a noite. Na cave, estavam os medicamentos, e à medida que os médicos prescreviam nos diversos serviços, pediatria, cirurgia, medicina, cardiologia, tocavam a campa-

⁵ Correspondem respectivamente ao 10º e 11º ano.

⁶ Grande Distinção.

inha e os medicamentos eram enviados pelo elevador. Este serviço era muito importante, não podia estar fechado, mas não era o meu dia de serviço...

A administradora pediu-me muito que fosse ajudar. Não tinha ninguém...

Era um sábado. Lá fui, arrastei-me até ao serviço...

Fiquei com boa relação. Recordo-me de uma colega que, mais tarde, também foi para o Canadá, me ter me vindo perguntar o que fazia no hospital e na escola, pois muita gente se lembrava e falava e de mim. Respondi-lhe que era pessoa como tantas outras.

Foram para lá muitas alunas minhas que fizeram grandes currículos. Uma delas foi trabalhar para um Hospital Universitário e depois convidaram-na para supervisora. Outro chegou a administrador hospitalar. Fizeram muito sucesso e ficaram muito meus amigos.

1.3. A formação em enfermagem: da acção e dos contextos

• Do Sanatório para uma Escola de Enfermagem

Quando regressei, fui-me apresentar no sanatório. Deram-me as boas vindas e disseram-me que tinha que aguardar, porque tinham que mandar embora a enfermeira que estava no meu lugar. Estava com parte de doente, tinha uma esclerose renal.

Nessa altura, disse:

- Deixe-a estar com parte de doente que eu cá me arranjo.

Entretanto, o Director Geral de Saúde, o amigo que me tinha ajudado em relação à minha saída para o Canadá, disse-me que a monitora chefe de uma das escolas se tinha reformado e mandou-me para lá.

O meu diploma habilitava para o exercício, o ensino e a administração. Na altura, havia alguma inveja, fui das primeiras a ter o bacharelato em enfermagem, em Portugal. Fui então monitora chefe, nessa escola.

• “Encontrei cinco e deixei doze salas de aula”

Na altura, havia falta de enfermagem. Um dia o administrador do Hospital disse-me que, tinha imensas carências de enfermagem, nos hospitais

Para mim, a solução passava pela criação de condições para termos mais alunos. Por um lado, tínhamos necessidade de criar um lar e, por outro, ampliar bastante o espaço físico da Escola. Fez-se um lar e colocámos freiras. Nessa altura, quem

vinha para a Escola, rapariguinhas da província, de meios familiares bons, mas que não tinham grande cultura. Algumas tinham o 5º ano, mas poucas. A maioria tinha o primeiro ciclo. Vinham para Lisboa porque tínhamos um lar. As famílias da província, como havia freiras, deixavam-nas vir. Está ver a estratégia! As famílias estavam sossegadas. Umas vinham para enfermeiras e outras para auxiliares.

A escola situava-se no primeiro andar, e o rés-do-chão era uma estrutura de suporte, que não era ocupada. Disse então ao administrador que este 1º andar não era concerteza o '*Jardim Suspenso da Babilónia*'. Por baixo podia ter outros espaços. Pedimos então, aos engenheiros dos Hospitais para estudarem a possibilidade de ampliação da escola. Vieram, viram e disseram que não era possível fazer nada.

- A Sr.^a pensa que nós somos a N.^a Sr.^a de Fátima para fazer milagres, mas não se pode fazer aqui nada.

Disseram-me eles e eu respondi-lhes:

- Se fosse um milagre, pedia a N.^a Sr.^a de Fátima, como é uma obra de engenharia lembrei-me dos senhores.

Quando saíram, disse ao médico que nós íamos fazer as obras. Eles não eram capazes, mas eu tinha umas ideias. Prossegui, dizendo-lhe:

- O Sr. vai trazer umas calças velhas e descer pelo alçapão para ver o que se passa lá em baixo, porque eu não posso lá ir...

Assim foi. Comprovamos que a estrutura e espaço eram semelhantes ao primeiro. Os hospitais não contribuíam financeiramente em nada. O meu dinheiro ia todo para aqui. Era nova e conhecia muita gente. Arranjei sempre dinheiro. Consegui 400 contos e fizemos as obras todas: cinco salas de aula, um vestiário para enfermeiras e outro para o pessoal e um sanitário.

Entretanto, abriu outro hospital na cidade e acabaram com alguns serviços no Hospital a que pertencia a escola e que eram do outro lado. Daí a ideia de irmos para lá. Fizemos uma ponte para comunicar. Fizemos duas grandes salas, um serviço de saúde com um gabinete de enfermagem, uma sala de espera, dois sanitários e uma central de telefones.

Encontrei cinco e deixei doze salas de aula.

- **“Não havia nada para os alunos estudarem, reprovavam que era coisa séria!”**

O ensino era efectuado por muitos médicos que diziam palavras muito extraordinárias, vocabulário científico...

Não havia nada para os alunos estudarem, reprovavam que era uma coisa séria! Era um horror! Então, pensámos e fizemos textos⁷ com a colaboração dos professores de Anatomia de Cirurgia, Medicina, Psiquiatria, Farmacologia e das Enfermeiras de Obstetrícia, Pediatria e Psiquiatria. Foram amorosos! Vendíamos depois para diversas escolas do país: Braga, Porto, Coimbra, Évora e outras de que não me lembro. Não havia tantas como agora. Vinham lá ‘beber’, encomendavam e nós enviávamos. Eram baratos, eram feitos a *stencil*.

Depois, organizámos, um colega e eu, a biblioteca da nossa escola, porque não havia nada.

- **“Os médicos ganhavam quatro contos por exame final e nós... nada!”**

No tempo em que fiz o meu curso, na Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo, os exames finais decorriam durante o dia.

Depois, já como docente os alunos das Escolas de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, das Missionárias de Maria e S. João de Deus, iam fazer os exames finais à Escola de Enfermagem Artur Ravara. O Júri era nomeado. Os elementos da Escola Artur Ravara tinham que fazer todas as perguntas e cada escola levava os seus monitores para as provas da disciplina de Técnicas de Enfermagem.

Os exames começavam às 8 h da manhã e acabavam à 1 da madrugada. O turno da manhã começava às 8 h e terminava às 13 h. Os médicos iam embora para os seus consultórios e vinham às 19.30 h. Depois, decorriam desde aí, até à 1 hora da manhã. Muitos enfermeiros fizeram exame à meia-noite, meia-noite e meia hora e uma da manhã.

Nós enfermeiras iniciávamos os exames de Técnicas de Enfermagem, como então se chamava, às 8 h da manhã até às 13 h e retomávamos das 14.30 h até às 19 h. Geralmente, durava 15 a 20 minutos e eram examinados cerca de onze alunos, em cada período. Chamávamos o aluno, que tirava um ‘ponto’ à sorte e ia pensar para uma sala ao lado, onde tinha uma carteira e uma esferográfica. Vinha

⁷ “Sebentas” algumas das quais podem ser consultadas na Escola Superior de Enfermagem Artur Ravara.

e fazia uma técnica que podia ser o banho do bebé, o banho na cama, preparação de material para uma apendicectomia ou torococentese, etc. Obrigatoriamente, fazia uma ligadura.

Depois, os médicos faziam uma chamada de dez minutos, a cada uma das três disciplinas: Patologia Médica, Patologia Cirúrgica e Anatomia. Chegados ao fim, às vezes à 1 h da madrugada, fazia-se a média e saía a pauta com os aprovados e reprovados.

Foi, pois, uma vida muito difícil. Credo! Saíamos, no outro dia, à 1 da manhã! E os médicos ganhavam quatro contos por cada exame e nós não ganhávamos nada, porque era enfermagem! Estávamos no nosso campo, não tínhamos direito a ganhar! Como eram médicos, ele é que ganhavam! Era uma coisa diferente!

Pedia-se muito aos enfermeiros, mas foi um caminho andado e conseguido.

• “A abordagem teórica era efectuada por especialistas”

A abordagem teórica era, em todas as áreas, efectuada por especialistas: médicos e enfermeiros. Desde sempre tivemos Saúde Pública com a Dr.^a Laura Aires e uma enfermeira que fez a especialidade de Saúde Pública, na Misericórdia de Lisboa, que fazia ‘levantamentos de bairro’, visitava as mercearias para ver se tinham condições de higiene, etc. O pediatra e a enfermeira especialista em pediatria davam a pediatria, e as outras áreas desenvolviam-se da mesma forma. Tínhamos portanto, especialistas em pediatria, obstetrícia, médico-cirúrgica que leccionavam estas áreas. Havia monitoras e auxiliares de monitoras, no ensino prático e teórico na área da enfermagem.

• “Acabou-se a 3ª pessoa, teve uma duração curta!”

Um dia, fui a uma reunião onde se criticava as monitoras chefes, por tratarem os alunos por tu! Pensei: “esta encaixa-me mesmo bem! “. Cheguei à escola e contei ao colega que trabalhava comigo a ‘chapelada’ que tinha levado. Decidi, a partir daí, tratá-los na 3ª pessoa. Não podia tratá-los mais por tu!

Fui para a aula e assim fiz, mas quando regressei ao meu gabinete já, tinha uma aluna sentada à minha espera. Tinha a porta sempre aberta, de tal modo que, lhe chamavam o “gabinete de porta aberta.” Entretanto, chamaram-me da secretaria. Fui e, quando voltei, perguntei à aluna:

- Então, o que se passa? Não vai para o recreio?

- Vinha perguntar-lhe se fiz alguma coisa mal. Já não me trata por tu...
Acabou-se a 3ª pessoa, teve uma duração curta!

• **“Fui ver os estágios, também fiquei a saber como aquilo era...”**

Nessa altura, finais da década de cinquenta, fui ver os estágios. Sabia-se muito pouco, assisti a vários episódios que o demonstram.

Lembro-me de uma ocasião de uma enfermeira chefe me dizer que não eram preciso termómetros. Eu é que tinha essa mania. Bastava posicionar-me na enfermaria, de modo a olhar em viés para os doentes e todos os que estivessem encarnados, tinham 38º e os outros não tinham temperatura.

Expliquei-lhe, então, que temperatura tinham sempre, mas podiam não ter febre. Depois, dizia-me ela:

- Pois é senhora enfermeira. Essas coisas não sei dizer!

Nessa altura, supostamente os termómetros seriam desinfectados com álcool. Só uma criada dava o álcool. Esperei que o fosse buscar junto à porta entreaberta, mas o que vi foi abrir a torneira da água e juntar-lhe um pouquinho de álcool. Também fiquei a saber como aquilo era!

Uma outra vez, tinha feito uma picadela, no indicador direito, que atingiu o osso. Não cicatrizava. Quando ia para os estágios colocava uma dedeira para proteger. Uma bela altura, acabaram-se as dedeiras no serviço. Pedi à enfermeira chefe, que tinha sido minha aluna, para pedir à colega do serviço ao lado. Vi que ela tinha ido ao aprovisionamento antes de mim e tinha conseguido trazer algumas. Veio, depois, com um cartucho, de papelão cinzento, roto e as dedeiras lá dentro. Virou-se para mim e disse-me:

- Senhora enfermeira, estão aqui e estão esterilizadas!

Era assim...

Mesmo, já no pós 25 de Abril, a morte não era abordada. Aprendia-se, apenas, a tratar o corpo morto, o cadáver. Não havia cuidados paliativos. Lembro-me muito bem de um dia estar com alunos em estágio, apesar de exercer um elevado cargo de gestão e, a enfermeira chefe de um dos serviços, me dizer:

- Sr.ª Enfermeira, pode mandar uma aluna ver se a doente da cama 24 já morreu? Ela que não se aflija. Pela greja da porta, logo vê se a doente está morta ou não. Pensei: “Ó que diabo! Não sei fazer muito melhor, mas esta maneira de dizer, não está nada bem!”

- Está bem. Fique descansada - disse-lhe eu

Peguei na aluna e fomos lá as duas. A doente estava mesmo em fase terminal. Entretanto, chegou também o médico, que queria que lhe tirássemos sangue. Queria saber se a doente estavam em hipo ou hiperglicémia. Então disse-lhe:

- Sr. Dr., está mesmo a morrer! Para quê mais sofrimento?

Virou-nos as costas sem dizer nada. Rezamos então, uma Avê Maria as duas, limpámos-lhe uma lágrima e estivemos ao pé dela até morrer...

Pensei: "isto é muito pouco o que sei fazer!"

Depois, organizei uma formação, de 15 dias com um casal estrangeiro sobre cuidados paliativos. Ele era psicólogo e ela era enfermeira chefe, com formação numa área de psicologia. Foi uma formação muito, muito boa. De seguida, andei por diversas escolas do país, a sensibilizar para esta problemática.

• **"As enfermarias-escola tinham condições especiais o que trazia inveja"**

"As alas onde haveis de estudar são as enfermarias

Os livros são os doentes

Quanto mais cheias estiverem as alas de doentes

mais cheio fica cada um de nós de conhecimento"

São lindas estas palavras proferidas pelo Frei Diogo de Sant-iago⁸, no século XVIII, em *Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros*. Sempre pensei que era necessário preparar os alunos para exercerem a enfermagem tendo em conta o outro, o doente, mas nos hospitais não havia nada, de facto.

Estas enfermarias-escola tinham condições especiais o que, trazia muita inveja da escola. Funcionavam com pessoal do hospital e da escola. Pertenciam ao hospital a enfermeira-chefe, as enfermeiras diplomadas no ano anterior, pela nossa escola e auxiliares de enfermagem. A escola tinha lá monitoras, auxiliares de monitoras e alunas dos vários anos (1º, 2º e 3º). A enfermeira chefe era responsável pelo registo dos doentes e pelo equipamento, ou seja, fazia a parte mais administrativa.

As auxiliares de enfermagem e a enfermeira do hospital garantiam-me o funcionamento dos serviços das 16 às 24 e das 00 às 08 horas. De manhã, entravam as monitoras, auxiliares de monitoras e as alunas.

⁸ Religioso da Ordem de S. João de Deus.

Fiz um contrato com o administrador para que as enfermeiras recém-formadas ficassem mais um ano a trabalhar connosco, de modo a consolidarem a sua formação. Se elas estivessem mais um ano com as monitoras, era melhor. Nas enfermarias-escolas, as enfermeiras estavam a prestar cuidados, nos hospitais, de um modo geral, não. As enfermeiras nos hospitais ocupavam os lugares de chefes e subchefes. Havia uma ou outra que assumia os cuidados aos doentes, mas...

Trabalhava com ele que me ia dando algumas coisas de acordo com as possibilidades existentes, que eram poucas. Chegava a ter, numa manhã, 20 pessoas a trabalhar. As salas eram enormes, algumas chegavam a ter 50 doentes. Aqueles doentes eram muito bem tratados, de modo que os directores nos tratavam nas palminhas. As enfermarias-escolas existiam em serviços de diversos hospitais a que pertencia a escola. Num hospital tínhamos: cirurgia craniana, onde os/as alunos/as aprendiam muito; os serviços de cirurgia, medicina e sala de operações de homens (H) e de mulheres (M). Noutro havia a Medicina H e M e, noutro ainda a Pediatria. Em todos eles havia monitoras e auxiliares de monitoras.

1.4. Do caminho conseguido às expectativas de futuro

- **“As enfermeiras eram compinchas, o problema era as mães solteiras”**

Aqui, [em Portugal] havia uma saída, para o casamento das enfermeiras hospitalares que, era a consulta externa. Muitas enfermeiras portuguesas iam casar a Espanha. Não era só em Portugal, também acontecia o mesmo na Inglaterra. Na Bélgica, quando lá estive as professoras e as enfermeiras eram impedidas de casar. Se engravidassem, quem sabia se era um tumor, neste caso, felizmente ‘chorão’! Não se pode saber tudo da vida das pessoas e as enfermeiras eram ‘compinchas’. Nessa altura, o grande e mais complexo problema era as mães solteiras. Aí sim, havia problemas.

- **“Conheci enfermeiros com o curso de pré-enfermagem”**

O curso de pré-enfermagem funcionou num curto espaço-tempo. A formação em Portugal, começou com o Hospital Real de Todos os Santos e foi-se desenvolvendo. O curso na Escola Artur Ravara é muito antigo. Já não é do meu tempo, mas conheci alguns enfermeiros que fizeram o curso de pré-enfermagem. Ensi-

nava-se a ler, escrever, geografia e alguns aspectos de cultura geral. Só depois é que aprendiam enfermagem. Tinha a duração de dois anos.

Surgiu da necessidade que os médicos sentiam em ter pessoas que cuidassem dos doentes para eles se dedicarem mais à sua área. Queriam desenvolver os seus conhecimentos científicos e não tinham tempo para tratar os doentes.

Como não havia candidatos, muitas vezes o pessoal das tabernas e dos snacks, de então, vinha trazer a refeição aos doentes a pedido de algumas famílias. A comida no hospital era muito má. Os jovens mais pacientes e com algumas características relacionais, normalmente com baixas habilitações, eram convidados pelos médicos a fazer o curso. Depois é que entravam na enfermagem.

- **“Formavam-se poucas enfermeiras e muitas auxiliares”**

Formavam-se poucas enfermeiras e muitas auxiliares de enfermagem. A profissão era de mulheres, mas eu sempre gostei de ter homens! Sempre tive alunos do sexo masculino. Era muito bom ter homens. Ainda me lembro das reuniões, que eram muito boas, realizadas no Instituto Ricardo Jorge com as enfermeiras directoras e chefes e onde me diziam:

- A Correia Martins com a mania dos homens!

Formavam-se cerca de 100 auxiliares de enfermagem por ano. Não acediam aos lugares de chefia⁹, inicialmente não faziam especializações, excepto as de obstetrícia, nem podiam ser instrumentistas. Ganhavam menos 200\$00 que as enfermeiras, o curso era muito mais rápido, cerca de um ano e meio, e iam logo trabalhar. Uma rapariga, por exemplo, vinha com o primeiro ciclo, um ano e meio depois, estava a ganhar menos 200\$00 do que aquela que estava lá três anos. E, saíam belíssimas enfermeiras. Depois, se eram boas [profissionais], o hospital dava-lhes bolsa para fazerem o curso geral. Ficavam a trabalhar de manhã até à 1 hora, não connosco, mas no hospital. À tarde vinham para a escola. Era a bolsa que o hospital lhes dava.

Sou pelas auxiliares de enfermagem. Elas saíam a saber cuidar do doente. Não sabiam muita patologia cirúrgica ou médica, nem farmacologia, mas sabiam cuidar do doente. Substituir uma auxiliar de enfermagem por uma auxiliar de acção médica, como hoje se faz, acho que é uma pena para o doente.

Ainda me lembro que havia poucas candidatas a concorrer às escolas. Fizemos

⁹ Refere-se principalmente às categorias de chefe e subchefe.

slides¹⁰ dos estágios de cirurgia e saúde pública. Nós tínhamos uma farda muito gira de Saúde Pública. Um colega e eu íamos aos liceus falar com os alunos. Então o Enf.º da escola de Coimbra, que já faleceu e não me lembro do nome, veio à nossa Escola ver como fazíamos, para também fazer as suas campanhas de divulgação. De um modo geral, havia uma grande troca entre as escolas!

- **“O curso de auxiliares de enfermagem não lhes era reconhecido”**

Arranjei sempre monitoras senhoras, com uma certa formação humana, cultural e profissional. Era uma questão que sempre me preocupou, pois, a maioria das alunas vinha da província, era importante ajudá-las a desenvolverem-se, para além da enfermagem. A formação promovia as pessoas em termos pessoais, sociais e culturais. Muitas enfermeiras que passaram pelos Recursos Humanos do Ministério da Saúde foram auxiliares de enfermagem.

Aconselhávamos as auxiliares de enfermagem que eram boas a fazer o curso. O curso de auxiliares não lhes era reconhecido na prossecução da formação em enfermagem geral. Mas não fazia mal nenhum. Eram muito boas! As boas auxiliares davam muito boas enfermeiras. Davam tudo de novo. Para nós, era muito bom porque já sabiam os cuidados básicos. Fazia-lhes bem abordar os conteúdos uma segunda vez.

- **“As possibilidades de continuar a fazer formação eram muito limitadas”**

Antigamente acabava-se o curso de enfermagem e, de um modo geral, as alternativas para se continuar a aprofundar saberes e conhecimentos eram muito limitadas. Aquelas pessoas que queriam estudar mais alguma coisa que, eram muito poucas, porque as outras estavam interessadas em casar, comprar automóvel, casa, tinham poucas possibilidades de o fazer.

Não se faziam actividades de formação contínua. Havia algumas iniciativas de associações, como [por exemplo] da Associação Católica Enfermeiros e Profissionais da Saúde¹¹ (ACEPS). Fez algumas actividades em Lisboa, Porto, Coimbra, Guarda, Funchal. Quando realizou a Exposição do Mundo Português estava no segundo ano do Curso Geral de Enfermagem.

A primeira pessoa que veio a Portugal pela ACEPS, foi a Enfermeira Vanda Horta,

¹⁰ A utilizar nas campanhas de divulgação do curso.

¹¹ Foi criada em 1940.

que veio falar sobre processo de enfermagem, já nos finais da década de setenta. Durante cinco anos consecutivos e fez formação em Lisboa, Porto, Coimbra e Funchal. No último ano, voltou a fazer outra, em Lisboa. Vieram outros nomes sonantes da enfermagem internacional, para falar de problemáticas interessantíssimas para o desenvolvimento da ciência de enfermagem, como:

A Enfermeira Aracy que veio falar sobre investigação em enfermagem; a Ramer-son que, colaborou com os Cursos de Mestrado, na Universidade Católica; e a Enfermeira Nelson que interveio palestrar no domínio da oncologia.

Foram grandes contributos.

Eu nunca tive bolsa e só depois de vir do Canadá é que consegui através da Fundação Calouste Gulbenkian, arranjar para algumas colegas, nomeadamente para duas Irmãs Missionárias de Maria e duas outras colegas para poderem fazer formação no estrangeiro. Uma delas fez o Bacharelato como eu e depois fez a especialidade em Saúde Pública. Ajudávamo-nos umas às outras como podíamos. A Escola Técnica de Enfermeiras, conseguia sempre, mais bolsas para as suas enfermeiras fazerem formação. Era uma boa escola que, tinha bons professores e uma formação toda inspirada na América. Formou belíssimas enfermeiras, mas muito apadrinhadas.

• **“A enfermagem está no bom caminho mas temo que se afaste do doente”**

Trabalhei muito, agora tenho que dar o lugar a outros. É outro mundo. É outra coisa. Temo um bocadinho que a enfermagem suba muito e se desvie daquele contacto com o doente, que é a razão de ser da profissão. É importante que o enfermeiro tenha tempo para ouvir, falar e estar com doentes.

Mas a enfermagem está no bom caminho. Temos o curso de licenciatura em enfermagem, mestrados e doutoramentos que estão ao nível de outros cursos ou até melhor. Integram disciplinas que ajudam mais ao desenvolvimento da personalidade do que muitos outros cursos.

No cuidar, antigamente, não havia computadores, nada disso, mas hoje perdeu-se um pouco da relação. Outro dia, uma pessoa que esteve internada dizia-me que, durante esse período, nenhuma enfermeira lhe deu ‘os bons dias’. A actuação do pessoal de enfermagem foi marcada por um rigor teórico e científico absoluto, mas nunca houve alguém que lhe desse os ‘bons dias’ ou “boa noite, durma bem”, “até amanhã”!

2. MARIA DIOGO, UM GRANDE SENTIDO DE JUSTIÇA E LUTA

2.1. Encruzilhadas da vida no Salazarismo

• “Muitos dissabores no início da vida profissional!”

Provinha de uma família da pequena burguesia. O meu pai era republicano e a minha mãe era uma mulher doméstica, despolitizada, que teve treze filhos, dois dos quais morreram. Tinha duas irmãs mais novas do que eu.

Em 1949, ano em que fiz o curso, raramente as mulheres se empregavam. Viam-se algumas empregadas de balcão, telefonistas, ou professoras primárias e era tudo. Entretanto tive contacto com uma amiga minha, enfermeira numa vila próxima, e que falava muito de enfermagem. Fiquei na dúvida. Não era pela enfermagem em si, queria distrair-me, ter outros rumos e não queria ser telefonista ou empregada de balcão. A enfermagem era-me mais acessível. Sabia que havia dois cursos de enfermagem: o de Auxiliar e o Geral. O acesso ao Curso de Auxiliares fazia-se com a instrução primária e o Curso Geral com o 3.º ano. Preparei-me, concorri à Escola de Enfermagem Artur Ravarra e fui admitida no Curso Geral.

Vim para a Escola, com grande oposição dos meus pais, porque embora não fossem muito tradicionais, eram até muito livres, falava-se muito mal das enfermeiras. Eu como só conhecia aquela enfermeira, não tinha isto como certo, portanto concorri.

Ficávamos alojadas no lar da escola. As regras eram muito pesadas, sobretudo, no que se referia a horários. Não podíamos entrar tarde e só podíamos sair até às 21 horas. Lembro-me, que havia uma senhora, a regente do lar, que era muito rígida, não nos deixava sair à noite. De manhã, logo às 7 horas, saíamos fardadas, os sapatos eram de borracha, púnhamos a capa e um lenço [na cabeça]. Parecíamos as ‘irmãs da caridade’. Vivíamos em más condições. Depois, como alunas, trabalhávamos, havia um estágio que acompanhava o curso. Foram dois anos¹² difíceis, porque o meu pai não dava grande apoio, também não tinham possibilidades para mandar encomendas e eu não pedia, comia o que havia. Foram pois, dois anos de muitos dissabores, não só pelas condições de alojamento, mas também pelo curso.

¹² Correspondia à duração do curso em escolas dependentes do MI.

Dava-se muito pouco enfermagem. Lembro-me de no exame final, me mandar fazer uma ligadura – ‘o capacete’. A professora, que dava a parte de enfermagem, a única mulher, era muito rígida. Os restantes eram professores, homens. Foi um curso um ‘bocadinho para esquecer’.

Quando acabei o curso fui trabalhar para o serviço C [cirurgia], de um Hospital num grande centro urbano, mas quando havia necessidade rodávamos pelos serviços. Uma vez, fui substituir uma colega do serviço de psiquiatria durante três dias. Custou-me muito, foi horroroso. Nesse período, recorria-se com frequência às lobotomias, um tratamento que deixava as pessoas como autómatos.

As condições de trabalho eram péssimas. Fazíamos um horário de doze horas: primeiro a vela e depois, o piquete das oito às vinte horas. Não havia descanso. Sensivelmente de quatro em quatro meses, durante um mês seguido, entrávamos às oito da noite e saíamos às oito da manhã, com direito a uma só folga por semana, chamavam-se as “trinta velas”. Havia ainda, as enfermeiras de ronda que apareciam nos serviços para não dormirmos. Ao fim de algum tempo até tínhamos miragens! Lembro-me de numa noite, olhar e ver um homem à porta. Não era nada, era o cansaço!

Durante a noite, ficava de serviço uma enfermeira e uma empregada, para 105 doentes. Nesse período, muitos deles faziam antibióticos, tinha aparecido a penicilina, e havia pouquíssimas seringas, umas cinco ou seis. De modo que administrávamos os injectáveis, lavávamos as seringas e punhamos imediatamente no ebulidor, que estava sempre ligado. Os doentes afeiçoavam-se muito a nós. Lembro-me de uma doente que, tinha uma criança pequena me pedir:

- Senhora Enfermeira prometa-me que fica com o meu filho, eu não posso morrer enquanto não me disser...

Disse-lhe que sim e ela morreu. Mas como é que eu ia cuidar de uma criança se vivia no lar? Pelo menos morreu em paz. Era uma vida muito dura.

Durante o piquete, cada enfermeira ficava responsável pela totalidade dos cuidados a uma ‘tira’, era assim que se chamava a uma unidade de dez ou doze doentes. No dia seguinte deveríamos manter a responsabilidade pelos cuidados aos mesmos doentes, mas, na altura, mantínhamos ou não. É engraçado, às vezes, penso que as ‘raízes’ do processo de enfermagem, devem ter começado assim!

• **“Desconhecia-se a lei ou conhecendo, escondiam-se coisas da vida...”**

Já trabalhava há algum tempo, quando soube que não podíamos casar. Aquando da candidatura ao curso era-nos entregue um folheto, onde divulgavam as disciplinas, as condições de acesso, mas nada referiam relativamente ao assunto do casamento. Na altura, fazia-se um exame de admissão à escola, inspecção médica, não se podia entrar antes dos dezoito anos, nem depois dos 30 e apresentávamos um atestado comprovativo do bom comportamento moral e civil. Eram estas as condições que se conheciam. Mais tarde, a secretaria confirmou que sabia da existência da Lei, mas não a divulgava.

Vi que havia muitas enfermeiras que não eram casadas, mas algumas eram ainda tão jovens! Em alguns casos, notava-se um comportamento muito ‘esquisito’, demasiado livre, para a altura. Tal como eu, muitas pessoas só deram conta aquando do despedimento das enfermeiras [do Hospital Júlio de Matos]. Ainda há pouco tempo, estive num jantar com uma médica que trabalhou, nessa fase, sem nunca se ter apercebido da lei.

A própria legislação era pouco clara. Normalmente os legisladores, no preâmbulo, explicitam algumas coisas, o que não acontece, nem no Decreto de 1938¹³, nem no de 1942¹⁴. Só se percebem as razões de tal decisão, nas entrelinhas do 3º diploma¹⁵ [cessação da proibição do casamento]. Só mais tarde, descobri que algumas enfermeiras já sabiam, mas não diziam nada, nem ao sector de pessoal diziam. Tinham casado, mas estavam caladas.

Tivemos uma colega nossa, que sabendo do decreto, casou com um enfermeiro, mas na província. Ele chegou a exercer o cargo de Director. Era inteligentíssimo e muito exigente, mas muito engraçado, muito bonito. De modo que andava, sempre, com muitas raparigas à volta dele, mas toda a gente dizia que ele só tinha olhos para a namorada, que gostava muito dela. Julgávamos nós que era a namorada, mas já estavam casados. O Bilhete de Identidade, antigamente, não referia o estado civil, portanto estas coisas passavam um pouco ao lado. Outras casavam em Espanha e não diziam nada.

Lembro-me de uma colega que conheci na maternidade Alfredo da Costa, que

¹³ Decreto 28:794, Legislação publicada em Julho. Ano 1938, II Série.

¹⁴ Decreto 32:612 de 31 de Dezembro de 1942.

falava muito num sobrinho. Depois do 25 de Abril, encontrei-a um dia, na baixa e disse-me:

- Oh, Maria Diogo! Não era meu sobrinho, era meu filho!

Era mãe solteira, mas escondia. Para estas, ainda era mais complicado. O mesmo ocorreu com uma colega nossa, de Coimbra. Casou sem que ninguém soubesse e teve três filhos. Depois, dizia que eram sobrinhos. As pessoas ficavam muito admiradas com o apoio tão grande que dava 'aos sobrinhos', mas viveu uma tortura durante aqueles anos todos. Uma vez, contou-me coisas porque passou, de um sofrimento enorme, que nem eu imaginava. Ia ter os bebés à província, não lhe podiam chamar mãe e não tinham direito a assistência alguma... O que ela sofreu!

• **“Lutei pelo direito ao casamento e fui condenada a pena de prisão maior!”**

Em 1951, ‘rebentou uma bomba’, quando se constou que no Hospital Júlio de Matos tinham sido despedidas cinco enfermeiras por serem casadas. Nessa altura, tinha 26 ou 27 anos, era ainda solteira, mas pensávamos casar, no ano seguinte. Entretanto, alguém revoltado com o que tinha acontecido às referidas enfermeiras veio-nos alertar de que não havia vontade política para alterar a situação. Organizámo-nos e decidimos fazer um abaixo-assinado para entregar ao Cardeal Cerejeira e ao Ministro do Interior. A liderança do processo de recolha de assinaturas recaiu sobre mim. Entretanto, a minha irmã que tinha vindo estudar enfermagem também para Lisboa, colaborou connosco recolhendo assinaturas, nos diversos hospitais. Estávamos a ter bastante sucesso, só no nosso hospital recolhemos centenas de assinaturas, entre enfermeiras, médicos e utentes.

Numa dessas idas aos hospitais encontrei um amigo, que me informou da realização e sugeriu a nossa participação num jantar de mulheres, organizado pelo Movimento Democrático de Mulheres (MDM). Escrevi um texto e preparei-me para ir ao jantar. Antes passei pela sede do Movimento de União Democrática Juvenil (MUDJ) onde, me encontraria com uma colega para irmos ao jantar. Era simpatizante do movimento. Tinha consciência da vida política, mas muito superficial. Nunca tinha estado com alguém, pelo menos que eu soubesse, que fosse comunista.

Ao longo do caminho, vi muita gente estranha. Já sabia da existência da PIDE, até porque o marido de uma amiga minha, da província, tinha sido preso, mas

prossegui. Também vi pessoas conhecidas, que sabia serem simpatizantes do MUDJ, mas que nada podiam dizer, porque estavam a ser vigiadas pela polícia. Era um clima e terror, na altura. Em dado momento, pareceu-me que alguém me dizia qualquer coisa 'por entre dentes' que, não consegui perceber. Provavelmente, pretendia alertar-me para a presença da PIDE. Bom, quando cheguei à sede esta tinha sido assaltada pela polícia política. Chegada a minha vez de identificação, já eu tinha mastigado e engolido o papel com o discurso, mas ainda me apanharam alguns papéis do jantar. Quando viram o meu nome disseram logo:

- "Ah! Cá temos a enfermeira casamenteira!

Penso, embora nunca chegasse a ter a certeza, que foi um informador da PIDE, que havia no Hospital, onde trabalhava, que me denunciou. A verdade é que sabiam que andava pelos hospitais e levaram-me presa para Caxias. Tudo isto ocorreu a 3 de Novembro de 1953, deviam ser umas vinte e três horas. Nessa noite, fui interrogada e segui para Caxias. Estive seis meses em prisão preventiva. Todas as outras pessoas que se preparavam para ir ao jantar saíram. Eu fui a única a ser presa. Estive sujeita a vários interrogatórios de grande violência verbal. Nos interrogatórios nunca me agrediram fisicamente, mas na prisão sim, fui muito maltratada. Diziam-me, então:

- Dê o nome das suas colegas que assinaram a lista, se o fizer, sai amanhã. A senhora está a estragar a sua vida, nunca mais pode exercer a profissão de enfermagem ou outro cargo, na função pública.

Um dia, estava presa e queria mandar uma mensagem para o meu marido, na altura, namorado, mas não sabia como. Era Novembro e chovia bastante. Lembrei-me, então, de escrever uma mensagem na parte interna do forro da gabardina e pedi à minha irmã mais velha, que estava a viver em Lisboa, na altura, era já viúva, para lha entregar. Foi a primeira mensagem que consegui pôr cá fora! Depois, trocávamos mensagens que enviávamos nos alimentos, nos livros, em tudo que podíamos. Lembro-me de quando recebia um livro procurar uma palavrinha, nas entrelinhas, e de escrever também. Sensivelmente seis meses, depois, de ser presa, estava a escrever outro bilhete para mandar pela minha irmã, que esperava me fosse visitar naquele dia, quando fui surpreendida por um polícia. Apanhou o bilhete, onde eu dizia várias coisas, entre elas que estava bem de saúde e tinha resolvido escrever a *História de Enfermagem*. Ora, eles não me deixavam chegar nada que fosse de enfermagem, nem jornais. Foram ao Hospi-

tal, onde a minha irmã trabalhava, revistaram a camarata toda e ainda apanharam mais duas mensagens que lhe tinha mandado. Foi presa também.

Aí, começou outro episódio da minha vida na prisão. Ia ao quarto de banho, ouvi cantar. Conheci a voz! Era a voz da minha irmã! No piso inferior, estavam presos uns alentejanos que me confirmaram [a presença dela], através de *Morse*. A PIDE bem colocava madeira nas portas e outras coisas para isolar o som, mas nós continuávamos a comunicar. Frequentemente alterávamos a codificação, por exemplo, à letra 'A' correspondia um toque, pois em determinado momento passava a corresponder-lhe três, o que por vezes dava uma confusão tremenda. Tínhamos também que ter cuidado, porque do outro lado poderia ser a PIDE a responder-nos e não os nossos camaradas. São histórias terríveis, mas giras ao mesmo tempo.

Nesse dia, fui chamada à secretaria, onde estava o Director do Tarrafal e umas 'apalpadeiras' de uma outra prisão de mulheres acusadas de delitos comuns. Disse-me, então:

- Estas senhoras vão examiná-la.

Mandaram-me para uma sala. As senhoras pediram-me muito que despiasse a roupa, mas eu respondi-lhes que era enfermeira, estava a lutar pelo direito das enfermeiras hospitalares ao casamento e não tinha cometido nenhum crime. Percebi que ficaram perturbadas, pareceram-me bastante emocionadas, estavam habituadas a liderar com mulheres que tinham cometido delitos comuns e eu não tinha cometido crime nenhum.

Na sala onde estávamos havia uma secretária com um banco de rodar e fui-me aproximando dele. Prossegui dizendo-lhes que não permitiria, de modo algum, que examinassem os meus orifícios naturais. Se quisessem avançar, que o fizessem, mas que lhes atirava com o banco. A verdade é que não me examinaram, mas ameaçaram-me com cela disciplinar e fizeram-no. Durante um mês, não tive visitas, nem recreio, nem correspondência. Até aí, já estava isolada, mas ia, pelo menos, ao recreio 10 minutos por dia.

Ao fim de seis meses de prisão preventiva saíamos em liberdade ou éramos julgados. Dias antes do meu julgamento, o advogado requereu uma entrevistas. Estávamos a preparar a defesa dois polícias nos assaltaram e lhe retiraram todo o material que tinha. Agrediram-no, rasgaram-lhe a camisa e prenderam-no durante um mês. A mim, espancaram-me, arrastaram-me pelos cabelos ao longo de um

corredor enorme até à cela. Fiquei com hematomas e equimoses que demonstrei aos insensíveis juízes do Tribunal Plenário. A minha família teve que arranjar rapidamente um advogado que me defendesse, o Dr. Costa Gomes, que, em cima da hora e sem material, fez o que pôde. Restou-lhe 'agarrar-se' à causa pela qual eu lutava nos hospitais. Portanto, fui julgada em Tribunal Plenário¹⁶ e quando todos pensavam que seria absolvida, pois não estava ligada a nenhum partido político, apenas à luta das enfermeiras pelo direito ao casamento, fui condenada a 2 anos de pena maior por crimes políticos e medidas de segurança renováveis por três anos.

Testemunharam a meu favor Maria Lamas, a Maria Isabel Aboim Inglês¹⁷, Alexandre O'Neill e Veiga de Oliveira. Aliás, a Dr.^a Isabel Aboim Inglês, ao depor em minha defesa, foi presa. Contestou o facto da PIDE encher a sala onde decorria o julgamento para que as pessoas não pudessem assistir. Esteve presente um grupo numeroso de enfermeiras. Foi um julgamento muito falado, mesmo a nível internacional por as pessoas desconhecerem a lei que propositadamente não era divulgada. Penso que fui a primeira mulher, em Portugal, a ser condenada a pena maior por crimes políticos, como se fosse comunista e eu nunca tinha visto nenhum deles, pelo menos, que eu soubesse! Não sabia que o meu namorado era comunista, sabia que era do MUDJ, mas aí, existiam jovens de todos os quadrantes políticos, excepto fascistas.

¹⁶ Segundo Irene Pimental, estes tribunais vinham na linha dos Tribunais Militares existentes anteriormente e portanto, continuavam a ser «tribunais de excepção», «cujos juízes e acusador público eram nomeados segundo critérios de estrita confiança política», continuaram a funcionar como «um apêndice judicial da polícia política: cobriam as ilegalidades e violências cometidas pela PIDE, na instrução dos processos, aceitavam como prova os autos de declarações por ela preparados, com recurso à tortura e intimidação, e julgavam segundo os critérios aconselhados nos relatórios da polícia que acompanhavam os processos».

¹⁷ Eram três individualidades ligadas, entre outras, ao MUD. Alexandre O'Neil, foi escritor, viveu no período de 1924-1986 e publicou diversas obras, entre elas: *Tempo de Fantasmas*, 1951; *No Reino da Dinamarca*, 1958; *Abandono Vigiado*, 1960; *Poemas com endereço*, 1962; *Feira Cabisbaixa*, 1965; *De Ombro na Ombreira*, 1969; *Uma Coisa em Forma de Assim*, 1980; e *Poesias Completas*; 1951/1981, 1995.

Maria Lamas viveu no período, de 1893-1983, e interveio activamente na vida cultural e política. Integrou o Conselho Nacional das Mulheres Portuguesas e foi presa várias vezes pela PIDE, pelo que viveu no exílio e regressou a Portugal, no pós 25 de Abril. Colaborou com alguma imprensa da época, e publicou várias obras, nomeadamente: *As Mulheres do Meu País*, cujas ilustrações foram efectuadas pelos mais famosos intelectuais do tempo e foi editado em 1950; *A Mulher no Mundo*, 1952; e *O Mundo dos Deuses e dos Heróis*, em 1961.

Maria Isabel Hahenman Saavedra de Aboim Inglês viveu no período 1902-1963. Foi impedida pela PIDE de exercer funções docentes na universidade e numa escola de Enfermagem, onde leccionava sociologia. Foi a primeira mulher a integrar a Comissão Central do MUD. Viu o seu filho Carlos ser preso, pela PIDE, por ela intervir publicamente, nestas organizações.

Veiga de Oliveira foi Ministro dos Transportes do VI Governo Provisório.

Estive isolada, completamente só, durante dois anos. Visitava-me a minha irmã e a minha família quando vinha da província, de vez em quando. A prisão ficava situada no alto de Caxias e era um grande sacrifício subir até lá a pé.

Mais tarde, pude juntar-me numa sala com outras mulheres, quase todas comunistas, responsáveis por alguns sectores no partido, mas não podiam dizê-lo. Outras, como a médica Luísa Costa Dias, que não sendo comunista, acompanhava o marido nas diversas actividades. Eram mulheres extraordinárias! Encontrei uma professora e uma advogada, que ficavam admiradas como é que sendo eu tão despolitizada, tinha sido condenada como se fosse dirigente comunista! Inicialmente, estavam convencidas que eu também era do partido [comunista], mas não.

Não aderi ao partido, nem pela influência do grupo, porque a vida que levavam na clandestinidade era muito, muito dura. Admirava-as muito, mas aquela vida não me tentava. Eram umas heroínas. Por exemplo, quando tinham um filho, tinham logo que se afastar dele. As crianças não podiam dizer quem eram os pais. Alguns políticos mandaram os filhos pequeninos, com dois ou três anos, estudar para a União Soviética, mas também tiveram os seus problemas. Estudavam lá aqueles anos todos e quando regressavam não se adaptavam a Portugal. Conheci alguns miúdos a quem aconteceu isto quando regressaram, no pós 25 de Abril. Sei que se esta a fazer um estudo sobre a vida dessas crianças.

Ao fim de dois anos, chamaram-me e perguntaram-me se repudiava publicamente o MUDJ e o Partido Comunista. Disse-lhes que nunca o faria. Claro, saí ao fim de 4 anos de prisão e porque houve uma amnistia, na sequência da visita, a Portugal da Rainha Isabel II, de Inglaterra.

Nesse espaço de tempo, adoeci, desmaiava imensas vezes. Cheguei a pesar 34 kg! Lembro-me de que num desses desmaios, uma médica que estava presa também, a Maria Luísa, familiar dos donos da fábrica das Sopas Knorr, chamou os guardas. Entretanto, chamaram o enfermeiro e o médico que me observaram e examinaram. Recuperei a consciência, na altura, em que o médico estava a fazer o exame neurológico, mas não reagi, senão deixavam-me morrer ali! Bom, se o médico soubesse fazer o exame em condições, tinha percebido. O que eu me contive! Tinha tantas cócegas e não reagi! Ainda me lembro dele me picar o pé com um alfinete e dizer que estava inconsciente e, entretanto, a Maria Luísa, que infelizmente já faleceu, bater à porta com força e dizer:

- Ela não está bem, tem que ser internada! Não pode estar aqui assim, vai acabar por morrer!

Fui internada no Hospital de Santa Maria, com o diagnóstico de hipertireoidismo, onde permaneci durante um mês, sempre, profundamente controlada e vigiada. Tinha um polícia que me acompanhava até à porta da casa de banho. Sentia-me tão mal! No meu quarto, só podiam entrar as enfermeiras do serviço e durante o internamento, a enfermeira responsável anotava tudo que eu fazia. Por exemplo, “hoje, teve uma visita, mas falavam muito baixinho, não percebi o teor da conversa. Lava a roupa cá dentro. Ela esteve muito tempo à janela” e especificava o período.

Um dia em que a directora não estava, a Enfermeira Maria Teresa de Carvalho, que era de esquerda, foi me visitar, levou um tabuleiro e esteve muito tempo a conversar comigo. Marcou-me muito, era uma pessoa muito interessante. Foi a única enfermeira que, não sendo do serviço, conseguiu entrar. Não a esquecerei nunca!

Nessa altura, estava também internado, no piso inferior o capitão Henrique Galvão. As nossas janelas, a minha e a dele, encontravam-se pregadas com tábuas! Entretanto, regressei à prisão, mas permaneci doente. Alimentava-me muito mal, continuava a emagrecer imenso e desmaiava com frequência. Até se dizia cá fora, que eu tinha tuberculose. A minha família exigiu, então, uma junta médica que me examinou e enviou o relatório à PIDE recomendando a minha libertação. Havia um grande movimento no exterior nesse sentido.

Voltei a ser internada no Hospital de Santa Marta onde, continuaram a manter-me isolada. Puseram-me num aposento todo envidraçado, parecia que estava numa gaiola! Pelo menos, usava a minha roupa, não usava a roupa do hospital. Aí, fiz vários exames e quando já tinham planeada a tireóidectomia, o Professor Ducla Soares, Chefe de serviço e um homem de esquerda, passou a visita médica e disse que não me ia operar, porque toda a sintomatologia por mim apresentada resultava do ambiente prisional. Portanto, a cirurgia não alteraria a situação, recomendava, antes, a minha libertação.

Quando me libertaram, fiquei sujeita às medidas de segurança, ou seja, durante 15 anos, não pode tirar a carta de condução, nem ausentar-me num raio superior a 30 km da minha residência, nem votar, nem acompanhar pessoas de mal porte, como então se dizia em relação aos políticos. Para além disso, obrigaram-me a ir

um ano para a província, a apresentar-me semanalmente à PIDE. Vigiam a casa dos meus pais dia e noite. O meu pai reagiu muito bem a tudo isto, era republicano, mas eu ficava espantada. Sendo eu politicamente 'meia analfabeta', como tinham medo de mim e daquela maneira! Esta questão, da luta pelo direito ao casamento das enfermeiras hospitalares, era uma ameaça para o governo. De facto, as enfermeiras tinham muita força!

• **“Estivemos dez anos cada um para seu lado”**

Um ano, antes, de eu sair da prisão prenderam o meu marido. Era funcionário público, quando a PIDE foi ao Ministério onde trabalhava, mas apercebeu-se e conseguiu fugir pela 'porta do cavalo'. Andou fugido dois anos, antes de ser preso.

Um dia estava na prisão e senti as ditas 'pancadas', da comunicação em Morse, mas com medo não respondi logo. Podiam ser PIDE's ou homens que traíam, não eram muitos, mas também acontecia. Perguntei-lhe o nome, onde nos tínhamos conhecido, tudo por código. Respondeu-me, disse o nome do café onde nos conhecemos e cantou "*A Paloma*". Era uma canção que cantávamos quando namorávamos. A polícia apercebeu-se e mudou-o para outra sala.

Quando saí, comecei a tratar dos papéis para o casamento, pois só assim, podia visitá-lo. Inicialmente não foi autorizado, só o conseguimos ao fim de algum tempo. Casei no Forte de Peniche, onde o meu marido estava preso. Para casarmos autorizaram uma visita de duas horas e estiveram presentes o meu pai, a minha mãe e a minha irmã, que era enfermeira. Os padrinhos de casamento foram o Alexandre O'Neil e a Maria Amélia Padez que, actualmente, é professora de Português, em Luanda.

Durante os seis anos e meio em que estive preso, levava-lhe livros para estudar, mas não o deixavam fazer os exames. Tinha sido aluno da Faculdade de Direito e da Faculdade de Letras, mas desistiu. Quando saiu, fez o Curso de Ciências Histórico-Filosóficas e prosseguiu a carreira académica. Portanto, pensávamos casar no ano seguinte a ter sido presa e estivemos dez anos, cada um para seu lado.

Entretanto, disseram-nos que não podia ter filhos. Portanto, algum tempo mais tarde, andava mal disposta, doía-me o estômago e fiz vários exames, nomeadamente radiografias, mas foram todos inconclusivos. Estava muito descansada face ao diagnóstico de esterilidade, mas achei aquilo tudo muito estranho e resolvi

fazer um teste de gravidez. Tinha essa possibilidade, na maternidade. Como o resultado foi positivo, juntei dois médicos, um ginecologista e outro obstetra e contei-lhes a história:

- Senhores Doutores, tenho uma colega que andava doente, como lhe tinham dito que não podia ter filhos e fez vários de exames, nomeadamente, radiografias, mas afinal está grávida. Na opinião dos senhores quais são os riscos para o bebé?

Disseram-me que havia 90% de probabilidade do bebé nascer com problemas. Claro, face a isto, fiz o aborto, mas preparei-me. Afinal sempre podia ter filhos! E com estas voltas todas da vida, tive uma menina aos 43 anos e, tenho um neto lindo com dez anos! Era uma coisa que muito desejava.

• **“Concorri a tudo e não conseguia arranjar emprego”**

Quando saí ainda, fui procurar o Enfermeiro-Mor, do Hospital onde trabalhava. Disse-lhe que queria ocupar o meu lugar, mas respondeu-me logo que, não podia porque estava suspensa da função pública. Se fosse hoje, acho que não o faria. Entreguei-lhe uma farda, que ainda tinha, e a chave do cacifo. Vi que me tinham tirado tudo de dentro do cacifo, até o diploma de curso!

Depois de estar presa quatro anos, sem acesso a bibliografia actualizada e estar mais um ano na província sem exercer a profissão, sentia-me profissionalmente desactualizada. Durante esse ano, [que me mantive na província], ainda contactei com uma colega minha de curso, monitora na Escola de Enfermagem Artur Ravarra, para me mandar tudo que houvesse de mais actualizado, mas nunca o fez porque teve medo. Encontrei-a mais tarde, pediu-me desculpa, quase a chorar, estava arrependida.

Quando cheguei a Lisboa, expus a situação ao Dr. Baptista de Sousa, era um médico de esquerda. Disse-me que directamente não podia fazer nada, mas iria falar com o Prof. Gentil Martins. Consegui, assim, fazer uma espécie de estágio de três meses, no IPO. Aí, as nossas colegas ficavam impressionadas com a minha magreza. Exercíamos funções de auxiliares das enfermeiras da ETE, ainda que, tal como elas, tivéssemos o Curso Geral de Enfermagem. Nem a nossa farda era igual à delas! Fiquei muito chocada com tudo isso. Era uma luta que havia e só levou uma volta com o 25 de Abril.

Estava em Lisboa, num quarto alugado e tinha muita disponibilidade, não tinha o

meu marido. Portanto concorri a tudo, mas não consegui nada. Aliás antes de ser presa, tinha concorrido ao Hospital de Santa Maria, que tinha aberto há pouco tempo e estava a admitir enfermeiros. Era enfermeira de 1ª classe e não havia muitas, havia sim, auxiliares de enfermagem. Já me tinham chamado várias vezes, mas lá iam dizendo que não podia assumir o lugar.

Um médico do Hospital Júlio de Matos disse que me arranjava emprego, mas tinha que fazer o Curso de Enfermagem Psiquiátrica. Era porém, uma área de que eu não gostava nada. Entretanto, consegui trabalho na Liga dos Amigos do Hospital, cujo director era amigo pessoal de Salazar. Aí, a Enfermagem era terrível, não tinha evoluído nada. Parecia-me até que tinha piorado. Procurei, com as nossas colegas, alterar algumas coisas e ao fim seis meses, nomearam-me responsável por um piso. Um dia, de manhã, estava a tratar um doente com um 'grande cirurgião' da clínica que não gostava do Dr. João Monjardino e expressou-o claramente. Eu conhecia o Dr. Monjardino, era uma pessoa muito honesta, portanto, defendi-o. Esse cirurgião comunicou, imediatamente, o ocorrido à direcção da clínica e esta, por sua vez, à PIDE. À uma da tarde estava a ser despedida. Antigamente era sim!

Resolvi ir procurar o Dr. Pulido Valente, a quem chamavam de 'O Mestre'. A secretária recebeu-me, perguntou-me quem devia anunciar e se vinha recomendada por alguém. Disse-lhe:

- Diga por favor, ao Sr. Dr. que sou uma enfermeira que saiu de Caxias.

Era um homem pequeno, de cabelos grandes, impressionante de presença. Estava na sala, sentado à secretária, quando me mandou entrar. Pensei 'Ai mãe!' Mas entrei e contei-lhe o que se tinha passado e que queria trabalhar, mas não conseguia. Tomou uma série de notas e disse-me que me ia arranjar emprego, já. Na minha presença, telefonou para Braga, para um senhor, não sei se seria o director da clínica, mas devia ser de esquerda. Disse-lhe que eu podia ir imediatamente para o Norte.

À noite, contou em casa a minha situação e o genro, o Dr. Pedro Monjardino, disse-lhe que podia trabalhar na clínica dele, era melhor ficar em Lisboa. Conseguiram o meu endereço, trabalhei lá dez anos. Era uma clínica privada, com muito movimento, onde se fazia também cirurgia ginecológica e onde trabalhavam muitas enfermeiras.

2.2. Sentido de justiça no fio da navalha

• “Foi difícil compatibilizar funções, mas tive a minha coroa de glória”

Queria evoluir profissionalmente, não ia ficar na clínica a vida toda. Como gostava muito de crianças, fui à Maternidade Alfredo da Costa e inscrevi-me, no Curso de Enfermeiras-Parteiras-Puericultoras¹⁸, três vezes. Um dia, estavam em reunião, bati à porta, mandei chamar o Dr. Constantino Esteves, que era o Director do serviço de Pediatria, e perguntei-lhe quais eram as razões para me terem rejeitado nas três vezes que concorri. Claro que tinham informações da PIDE. Fui admitida e fiz o Curso no Instituto Maternal.

Como tinha sido boa aluna, exerci funções de chefia num serviço de uma maternidade estatal, mas como eventual, porque não podia ser admitida no quadro de pessoal. Trabalhei ali, 28 anos e encontrei uma situação semelhante à do IPO, no que se referia às fardas. Por exemplo, as enfermeiras, habilitadas com o Curso de Enfermagem Geral, usavam uma bata, tecido semelhante à seda, azul forte, muito bonito, quepe, avental e eram tratadas pelos apelidos. As auxiliares de enfermagem usavam uma farda, que parecia de riscado, branca com risquinhas cor-de-rosa ou lilás. As enfermeiras estavam mais na chefia e elas prestavam cuidados. Lutei muito para acabar com aquilo, mas a verdade é que não tive nenhum apoio e as coisas só se alteraram com o 25 de Abril. Por isso, quando, na década de sessenta, surgiu o Movimento de Auxiliares de Enfermagem, aderi totalmente.

Sempre, desde que entrei até que saí, fui delegada sindical e mesmo reformada continuo sindicalizada. Exerci funções de parteira, mas dediquei-me mais à pediatria, à neonatologia. Depois do 25 de Abril, fui convidada a chefiar a Unidade de Prematuros, mas foi um pouco difícil ser delegada sindical e chefe. Como delegada sindical, competia-me defender os direitos das enfermeiras, mas eu era muito rígida e não admitia, de maneira nenhuma, por exemplo, que prematuros, crianças com necessidade de cuidados especiais, que não sabiam falar, nem queixar-se, não os tivessem. Consegui conciliar as duas coisas, mas os momentos mais difíceis da minha vida talvez fossem estes.

As enfermeiras do meu serviço tinham uma idade bastante avançada, trabalhavam há anos seguidos, sempre as mesmas, a cuidar os meninos da mesma forma. Tinham uma inegável experiência profissional, mas poucos conhecimentos

¹⁸ Designação contida no diploma de curso.

científicos. Não lavavam as mãos de cada vez que mudavam as fraldas, não havia um rolo de papel para limpar as mãos, limpavam tudo a uma fralda que traziam pendurada à cintura.

O serviço era pequeno e apresentava aspectos de funcionamento e problemas muito próprios. As enfermeiras faziam horários diferentes de toda a gente. Havia, até, uma enfermeira graduada sem horário pré-estabelecido, porque era a única que sabia puncionar, mas não ensinava ninguém. Vinha ao serviço sempre que era necessário e ia-se embora. Tinha trabalhado no serviço de sangue, era muito experiente e muito boa pessoa, talvez não fosse essa a sua intenção, mas tornou-se imprescindível ao serviço, de tal modo, que nem o Director do serviço lhe dizia nada. Era muito simpático, contava muitas anedotas, e tratava-nos de "filha". Parecia um pai! Como pediatra não me pronuncio.

A taxa de mortalidade era muito elevada. Havia muitos problemas estruturais, representando riscos acrescidos no domínio das infecções hospitalares. Portanto, ninguém entrava lá, nem as enfermeiras de ronda, nem os pais das crianças. Estes subiam umas escadinhas de acesso a um espaço semelhante a um anfiteatro e, daí, viam os meninos pelas janelas. Comunicavam com as enfermeiras pelos telefones internos. Era através deste meio que perguntavam:

- O menino engordou? Quanto é que o menino engordou? Ele está bem? Como tem passado?

Foi sempre assim, até 1982. Sempre achei que, para uma pessoa se impor no serviço, tinha que ter qualidades profissionais, conhecimentos profundos e formação específica na área que estava a gerir. Portanto, quando abriu [na Escola de Enfermagem de Saúde Pública] o I Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, resolvi concorrer. Era um curso muito difícil e exigente. O grupo [de enfermeiras em formação] era constituído, quase só por professoras. Da prática éramos só duas ou três chefes.

Bom, aquele curso foi ótimo para mim, dei a volta àquilo tudo! Se não o tivesse feito, não teria bases sólidas para conseguir implementar as medidas, absolutamente necessárias àquele serviço. No estudo final que fiz no curso, debrucei-me, exactamente, sobre a *Relação Mãe-Criança*, portanto todas estas questões estavam muito presentes. Percebi que as condições eram muito constrangedoras, mas desenhavam-se também, alguns, ainda que poucos, factores favoráveis à

mudança.

Na altura, cerca de oitenta por cento das colegas responderam que não se devia autorizar a entrada dos pais. A Coordenadora de Curso, a enfermeira Julieta Sampaio, foi fantástica, apoiou-me imenso nesse trabalho. O Director de serviço, também, já era outro e embora não quisesse, fazer grandes, 'ondas' havia uma certa proximidade entre nós. Um irmão dele, que era advogado tinha estado preso. Quando lhe disse que queria 'abrir a porta' às mães dos meninos respondeu-me logo:

- Veja lá o que vai fazer!

Eram crianças muito vulneráveis, claro. Foi preciso intervir em várias frentes: na formação com enfermeiras e empregadas, no ensino às mães e na organização e funcionamento do serviço. Comecei então, por fazer formação [com as enfermeiras] sobre lavagem das mãos, expliquei como deviam abrir os rolos de papel e acabei com as fraldas à cintura. Também se fez formação com as auxiliares sobre a limpeza e desinfectação da unidade. Foram substituídas as torneiras de rosca e colocados rolos de papel.

Relativamente às mães, começámos por autorizar a sua entrada, mas não podiam pegar nos meninos, viam-nos só pelas incubadoras. Dizia-lhes sempre:

- Lavem, sempre, as mãos antes e depois de entrar no serviço. Utilizem batas esterilizadas.

Ainda não estava na altura, de poderem tocar nos meninos. Um dia, um dos bebés teve uma patologia que não me lembro bem, talvez tivesse sido uma pneumonia e o do lado também. Ah! lam-me matando! Expliquei-lhes que havia todos os cuidados e que muita coisa tinha mudado nesse sentido. Depois, tudo isso foi vencido e as coisas foram evoluindo. Os pais já pegavam nos meninos! Foi o primeiro hospital, neste grande centro urbano, em que os pais puderam entrar para verem os meninos prematuros. Foi a minha grande 'coroa de glória'. A verdade é que com alguma frequência telefonava à que tinha sido Coordenadora de Curso e orientadora do meu trabalho e as suas palavras eram:

- Anda para frente! A enfermagem tem que fazer esta mudança!

Foi uma luta tremenda, muitas enfermeiras pediram transferência de serviço. Constava-se que algumas delas dormiam e não davam todas as mamadas de duas em duas horas. Essas coisas vêm-se sempre a saber, mas uma chefe, também, não se pode deixar influenciar pelo que lhe vêm contar, tem outras formas

de saber. Vigia o peso das crianças, acompanhava de perto a evolução do estado de saúde da criança e escutava atentamente as referências das mães.

De seguida, era prioritário, para mim, que todas as enfermeiras punctionassem, não podiam ter esta limitação. As pessoas precisavam de formação e foi o que fizemos. Também contribuíram muito favoravelmente para o desenvolvimento do serviço, os alunos em estágio. Este serviço recebia alunos de várias escolas de enfermagem. Fazíamos, a escola e eu, reuniões de preparação do estágio, para, depois, poder acompanhar as alunas durante esse percurso. Dantes os alunos ficavam entregues à responsabilidade da chefe. Era, pois, importante conhecer os objectivos de estágio e, simultaneamente e em articulação, analisarem-se as possibilidades de desenvolvimento de actividades que respondessem às necessidades de serviço. Depois, no final, pedia-lhes a avaliação e que me dessem sugestões para o serviço, porque nós estávamos sempre ali, e muitas das coisas tornavam-se rotinas. Eram 'outros olhos a verem'.

Neste sentido, foram apresentadas sugestões muito interessantes e pertinentes. Talvez tivesse sido no último grupo [de alunas que orientei], uma das alunas, muito esperta aliás, dizia que era um serviço onde as empregadas tinham uns cuidados de higiene, uma limpeza excepcional, e era verdade, mas estavam mal aproveitadas. Tal como noutros serviços, podiam exercer outras funções de apoio à enfermagem, sem mexerem nos meninos. Por exemplo, por vezes era necessário um aparelho, um tubo, uma seringa, um cateter e as enfermeiras para os irem buscar tinham que sair de junto dos bebés que estavam nas incubadoras. Foi uma das alterações que fizemos.

Introduzi muitas medidas para melhorar os cuidados de saúde a partir da avaliação, das críticas ao serviço e das soluções propostas. Houve até uma situação muito interessante. As enfermeiras trabalhavam a uma temperatura bastante elevada, na ordem dos 25 a 28 graus, andavam só com uma bata, e reivindicaram um suplemento de sumos. A Maternidade inicialmente dizia que não tinha verbas para isso, mas conseguimos.

• **“Com o 25 Abril houve renovação e uma enorme ânsia de poder”**

Penso que a formação em enfermagem é essencial e, no pós 25 de Abril, houve muita. Também acho sinceramente, que muitas enfermeiras só lá iam para obter currículo, mas pouco ligavam. Muitas vezes, chegavam às formações, assinavam,

iam-se embora e voltavam mais tarde.

Depois, as instituições, não sendo obrigatório, começaram com um enfermeiro de cada serviço, a organizar cursos, às vezes de oito dias. Deixaram assim, de ser os médicos e as enfermeiras chefes, os formadores principais. Alguma formação, como por exemplo, sobre processo de enfermagem era dada pela escola. Lembro-me de uma enfermeira angolana que tinha no meu serviço e tinha duplo emprego, o que constituía uma das grandes dificuldades da chefia, mas colaborava imenso na formação, cumpria os horários, era uma boa profissional. Também logo a seguir, concorreu, fez uma especialização e hoje, penso que é Directora, num hospital central. Não me esqueço, era impecável, conseguia coordenar aquilo tudo!

Portanto, com o 25 de Abril, houve uma grande evolução nos serviços, uma renovação quase total, mas também uma enorme ânsia de poder. Em alguns serviços de hospitais, como o de Santa Maria a indisciplina foi total e as enfermeiras chefes perderam toda a autoridade, o que se reflectiu na qualidade dos cuidados, por muito tempo.

Lembro-me de estar numa assembleia em que se pretendia sanear uma chefe, porque tinha chamado à atenção uma enfermeira pelos cuidados [de enfermagem] prestados. Posicionei-me e disse-lhes que as enfermeiras não podiam maltratar os utentes. Noutra assembleia defendi um médico que queriam sanear, mas não era justo. Era um grande obstetra, muito competente, professor da faculdade e muito educado. Fui atacada, mas uma das enfermeiras, que era salazarista, levantou-se e disse:

- Se alguém deve ser atacado não é a senhora enfermeira, porque ela esteve presa quatro anos.

Acho que as classes mais medíocres, em termos de formação política, estavam ansiosas pelo poder, talvez, por terem sido oprimidas tantos anos, e com o apoio de grupos políticos extremistas, viram a oportunidade de o exercer. Mas, nunca tive peso de consciência, fui sempre muito aberta. Era o meu papel de chefe e de sindicalista!

2.3. A enfermagem na ribalta pela mão de mulheres

- **“A enfermagem evoluiu por ter muitas mulheres, mas há coisas a mudar!”**

Gosto muito de ir para a biblioteca, tenho um interesse muito grande pela história de enfermagem e vê-se que ela está muito associada aos cuidados prestados por mulheres, por exemplo, ao nascimento, daí as parteiras. Há muitas coisas na enfermagem que estão ligadas à educação das mulheres. No entanto, trabalhei num serviço de endocrinologia, de um hospital de um grande centro urbano, em que a única enfermeira era eu, de resto eram tudo homens. Também era um serviço de homens. Uma colega e eu fomos das primeiras enfermeiras, desse hospital, a trabalhar num serviço de homens. Sempre que possível os enfermeiros trabalhavam em serviços de homens e as enfermeiras nos de mulheres. Notava que eram quase todos auxiliares, muito poucos homens faziam o curso geral ou seguiam carreira, à excepção dos que estavam no sindicato. Eles faziam enfermagem, mas não com aquela solidariedade e entrega das enfermeiras. Elas têm maior sensibilidade, tiveram filhos, são mães. Não sei explicar muito bem, mas considero que elas são mais sensíveis e afectivas.

Lembro-me de um enfermeiro que, no pós 25 de Abril, foi tirar o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, o que era raro, e ser rejeitado pela Maternidade Alfredo da Costa. Continuava, mesmo após a revolução, a haver dificuldade em integrar homens nestas equipas. Por isso, fiquei muito admirada, em 2002, quando um enfermeiro, que aliás agora é delegado sindical, foi trabalhar para o serviço de prematuros. Era raro ver um homem nestes serviços. Acho que a enfermagem evoluiu mais por ser constituída sobretudo, por mulheres. Mas há coisas que estão a mudar!

3. MARIA FRANCISCA SOARES, UMA POSTURA POLÍTICA E DE AGIR ESTRATÉGICO

3.1. Da determinação em fazer o curso ao início da vida profissional

- **Não desisti de ser enfermeira contra tudo e contra todos**

Como mulher, escolhi enfermagem porque quis. Andei em Medicina, mas não gostei. O Prof. Pulido Valente, que era amigo de casa e conhecedor desta situação, disse-me que deveria seguir a minha vontade. No entanto, antes de tomar esta decisão, deveria falar com uma Enfermeira. Assim, por indicação sua, tive ocasião de falar com uma enfermeira que, dirigia um serviço de enfermagem, no Hospital da CUF.

A partir desse momento decidi. Queria ser enfermeira!

Tive as minhas dificuldades familiares. Minha mãe, que era conservadora, aceitou a minha decisão, aliás, apoiou-me imenso. Neste processo, foi importante a opinião do Dr Fernando da Fonseca, seu amigo de longa data, e que também ia no sentido de respeitar as minhas opções profissionais. Se eu queria ser enfermeira, porque não devia ser? Ora esta! - dizia ele.

Contudo, o meu pai criou-me imensas dificuldades. Uma coisa horrível. Deixar a Medicina e passar para a Enfermagem, era qualquer coisa de inconcebível. Claro que percebo porquê. Infelizmente muitas mulheres que diziam ser enfermeiras, não o eram, em absoluto. Trabalhavam em clínicas, mas não tinham qualquer curso. Algumas delas, prestavam, eventualmente, bons cuidados, mas não (eram cuidados) de enfermagem. Naquele momento, não, mas mais tarde soube que havia outras razões pelas quais o meu pai se opunha à minha decisão. Era um homem que tinha vivido algumas leviandades, nomeadamente com enfermeiras, isto, segundo a opinião de minha mãe. Em suma, a conservadora era a minha mãe e foi ela que me deu toda a força, enquanto o meu pai, era a pessoa mais liberal da nossa casa...

Apesar de tudo, consegui os meus objectivos. Aliás, uma das minhas características é conseguir aquilo que quero. Quando meto alguma coisa na cabeça, sou capaz de, previamente, me aconselhar com imensas pessoas, mas, depois de tomada a decisão, é para ser cumprida irrevogavelmente. Portanto, não desisti de ser enfermeira, contra tudo e contra todos, até contra meu pai, o que me custou imenso.

Fui para a Escola Técnica de Enfermeiras, em finais da década de quarenta. Tra-

tava-se de uma escola que por pertencer ao Instituto Português de Oncologia¹⁹ (IPO), era a única integrada no Ministério da Educação.

Foi uma escola criada pelo Director do IPO, Prof. Francisco Gentil, com o apoio da Fundação Rockefeller. Lutou imenso para ter bons enfermeiros a atender e tratar os seus doentes. O país, nessa perspectiva, deve-lhe muito. Era um homem excelente, a quem nunca se fez a homenagem que merecia.

A ETE beneficiou muito, especialmente no seu início, em pertencer ao Ministério da Educação, mas muito mais por ter o Prof. Francisco Gentil, como Director do IPO, onde a escola estava integrada. A sua personalidade foi determinante, embora houvesse quem não gostasse e tivesse, inclusive, medo dele por ser um homem imponente. Gostei muito dele, com todo o respeito, apreciei-o muito. Ainda hoje, guardo uma carta que me escreveu quando fui para os EUA. Nunca mais me esquecerei! Posteriormente, a escola passou a ser tutelada pelo Ministério da Saúde e, embora não tivesse sido do agrado de muitas pessoas, penso que se adaptou bem²⁰.

Gostei muito de tirar o curso de enfermagem nesta escola, onde tive professoras excepcionais, à época. Apoiaram-me imenso, particularmente numa fase, difícil da minha vida, que, foi a doença e morte de minha mãe. Foram excepcionais! Ali, os cuidados de enfermagem centravam-se nas diversas dimensões do ser humano.

• Pouco depois do final do curso fui convidada para trabalhar na ETE

Acabei o curso de enfermagem e fui trabalhar para o Instituto de Oncologia, cerca de um ano. Pouco depois, convidaram-me para ir trabalhar para a Escola. A ETE era uma escola distinta das outras, sem dúvida alguma: tinha fama, era cara e perfeitamente de elite.

Recebia alunos com melhor formação cultural e académica e todos os anos eram atribuídas bolsas a um ou dois professores, pela Fundação Rockefeller, para irem fazer formação aos EUA. Também beneficieei destas condições. Desloquei-me a este país, por um período de cerca de dois anos, para estudar Ensino e Administração, numa universidade americana. Aí, estudei com jovens que estavam a fazer outras licenciaturas e tínhamos algumas disciplinas comuns, o que era muito interessante e nos fazia sentir 'mais importantes'. O corpo docente era, de facto,

¹⁹ O IPO estava integrado no Ministério da Educação.

²⁰ O IPO transitou para o Ministério dos Assuntos Sociais e com ele, a ETE (Cf. Decreto-Lei nº 329/87, de 23 de Setembro).

muito bom, embora possa parecer mal, ser eu a fazer este comentário. Tivemos ali um momento em que o corpo docente era altamente competente e profundamente actualizado. Iam umas professoras fazer formação e vinham outras, e assim sucessivamente.

Voltando à ETE, era uma escola a quem o Prof. Doutor Francisco Gentil deu imensa autonomia, o que nos permitia alterar o currículo e fazer novas e inovadoras experiências pedagógicas. Por exemplo, podíamos abordar a enfermagem obstétrica, no 1º ano, enquanto as outras escolas integravam-na no 3º ano. Da mesma forma, poderiam ser alterados os períodos de exames. Não tínhamos que seguir rigorosamente os planos que, estavam no Ministério Saúde. Sabíamos que as alterações estavam automaticamente autorizadas pelo Ministério da Educação. Esta flexibilidade foi muito positiva, sobretudo para os docentes. Permitia-lhes promover a criatividade e iniciativa pedagógica. Havia toda a liberdade para se apresentarem propostas. Contudo, não sei se para os alunos os resultados foram os mesmos. Penso até, que, uma das Directoras deveria ter tido 'mais pulso'. Nesse período, os professores faziam as alterações que e quando queriam, o que não me parecia de todo correcto. Por vezes, tinham por base decisões recentemente tomadas, sem se sustentarem num processo rigoroso de avaliação que entendo absolutamente necessário em qualquer processo de mudança. A ETE parecia ter arranjado um caminho, do qual eu discordava. Dizia mal das outras escolas, parecia que andava à procura das coisas menos correctas das escolas dependentes do Ministério da Saúde, e eu não gostava disso. Depois, nos cargos que exerci posteriormente, mobilizei tudo de bom que a ETE tinha, para outras escolas, mas senti, muitas vezes, o peso de ser formada e ter trabalhado nela. Estive aí, uns longos anos, uns dez a doze anos. Quase desisti do exercício. Bom, não é bem assim, porque, sempre, acompanhei as alunas em estágio e prestei cuidados de enfermagem para elas verem como fazia e me corrigirem, inclusivamente, se assim, o entendessem. Enfim, era uma relação que teve a sua época.

3.2. Na miragem da autonomia da formação em enfermagem

- **Planeávamos ao pormenor as conversas que íamos ter com os dirigentes**

As primeiras políticas de formação em enfermagem surgiram na década de qua-

renta, mas com muitas debilidades e fragilidades. Só em 1952, passou a haver uma intervenção com maior abrangência. Foi com esse Decreto-lei²¹ que se começou a olhar para as escolas com uma certa consideração, continuando, contudo, na dependência dos hospitais. As escolas precisavam de ter legislação própria, porque há sempre tendência de fazermos só aquilo que gostamos. Continuava a existir, pois, necessidade de alguma normalização do ensino de enfermagem. A verdade é que [o ensino de enfermagem] continuava a precisar de uma mudança.

As coisas foram, assim, mudando pouco a pouco. Durante muito tempo, as escolas dependiam do Ministério do Interior. Depois, foi criado o Ministério da Saúde e passaram a depender deste Ministério. Entretanto, o Dr Coriolano Ferreira escolheu a enfermeira Maria Fernanda Resende para dirigir a enfermagem nacional, que passou a estar integrada na Direcção Geral dos Hospitais²².

A Senhora Enfermeira Fernanda Resende fez formação no estrangeiro para assumir a liderança dos serviços de enfermagem. Procurou manter, sempre, boas relações com os Directores dos outros serviços do Ministério da Saúde. Era a única mulher e enfermeira no grupo de directores, isto é, a dirigir um serviço central do Ministério da Saúde e Assuntos Sociais. Era uma pessoa muito ligada às questões da gestão, até porque tinha exercido cargos dessa natureza, no Hospital Universitário de Coimbra. Na sua opinião, enquanto não tivéssemos bons chefes, não teríamos possibilidade de ir muito além. De facto, uma das suas grandes preocupações centrava-se nas chefias de enfermagem. Lutou muitíssimo pela enfermagem, em Portugal. Lutou para que os enfermeiros fossem tão respeitados como os médicos e os demais profissionais da saúde e para que os enfermeiros fizessem as coisas com uma base científica. Foi a primeira professora a dar Deontologia Profissional e Investigação em Enfermagem, no nosso país. Foi fazer um Curso de Investigação em Enfermagem, no Chile, organizado pela OMS. Lembro-me que preparava as aulas e fazia as anotações em folhas de papel partidas a meio. Quando ela faleceu, deram-me esses apontamentos que, mais tarde, ofereci à Senhora Enfermeira Maria Aurora Bessa²³, do Porto, por também se interessar pelas questões deontológicas e da investigação.

²¹ Refere-se ao Decreto-Lei nº 38884 de 28 de Agosto de 1952.

²² Foi criada, em 1961, tendo entrado em funcionamento, em 1962.

²³ Exerceu, entre outras, funções de directora da Escola Superior de Cidade do Porto.

Era uma mulher muito determinada, justa e com uma voz forte. Quando falava alto, as pessoas tinham-lhe algum receio, mas era simultaneamente dotada de uma generosidade espantosa, que poucos conheceram. Ainda há dias, lembrava com uma colega, um pouco mais nova do que eu, algumas destas facetas da Enfermeira Fernanda Resende. Na altura, a colega era muito novinha quando a chamou para dirigir o serviço de urgência, do Hospital de Santa Maria, um serviço que levou bastante tempo a abrir. A colega ficou preocupadíssima, quase em pânico, com os 'cabelos em pé'.

- Como, Sr.^a Enfermeira? Sou uma miúda ao lado dos colegas! Ninguém me vai respeitar. E as noites?

- A Sr.^a não precisa de dormir no serviço - dizia-lhe a enfermeira Fernanda Resende, com voz determinada.

- A urgência está aberta 24 horas e sendo chefe preciso de saber como as coisas correm.

Bom, lá assumiu a chefia, mas só muito mais tarde, soube que a Enf.^a Fernanda Resende ia dormir, todas as noites, ao hospital. Tinha dado ordens a uma auxiliar para a chamar caso houvesse necessidade e para não revelar a ninguém que dormia aí.

Foi neste contexto e difícil período que fui convidada para trabalhar com a Enfermeira Resende. Entendeu por bem a Senhora Enfermeira que, dentro do serviço de enfermagem, da Direcção Geral dos Hospitais, me deveria dedicar mais à formação e à actualização dos enfermeiros. Passei um período muito interessante da minha vida.

Começamos a pensar a sério no ensino de enfermagem, a nível nacional. Havia um grande poder instituído, embora não fosse todo. O que era preciso é que não fosse todo, para nos deixar progressivamente intervir, em áreas que nos eram devidas e do nosso absoluto interesse, a formação e o desenvolvimento da profissão. Estava-se a viver um momento, em que o governo deu alguma abertura, não toda, pelo que foram tomadas algumas iniciativas, impensáveis até aí. O Ministro da Saúde, Neto de Carvalho, que era um homem extraordinariamente inteligente, criou condições promotoras da concretização de várias medidas, que ninguém pensava possíveis, como a profunda revisão do ensino de enfermagem,

de 1965²⁴. Compreendeu a importância da enfermagem. Percebeu que, se os doentes tivessem bons cuidados de enfermagem, sairiam muito mais cedo dos hospitais. Contudo, tivemos grande dificuldade em explicar às pessoas, em geral, e aos políticos, em particular, muitos deles médicos, que tínhamos necessidade de formação específica em enfermagem.

Foi preciso, da nossa parte, uma certa resistência e capacidade para convencer as pessoas da necessidade e da mais valia da formação em enfermagem. Planeávamos as conversas que íamos ter com os nossos dirigentes, ao ínfimo pormenor. Ainda há pouco tempo, tive esses papéis na mão. Bom, só vivido, foi qualquer coisa que não tem explicação! Pensávamos nos argumentos e nas estratégias passíveis de serem utilizados. Analisávamos e decidíamos o que podia ou não ser dito e quais seriam as possíveis reacções às nossas intervenções. Depois, era preciso esperar pelo momento oportuno para agir. Isso era uma preocupação muito da altura, escolhermos o momento oportuno para evoluir. Tudo era minuciosamente estudado!

• **A verdade é que foi mesmo uma luta pela formação em enfermagem!**

Vivíamos uma fase em que outros grupos profissionais tinham alguma coisa a dizer em relação ao ensino de enfermagem e, naturalmente, tiveram o seu peso. A maioria dos médicos não pensava que os enfermeiros tivessem outras funções, para além de cumprir prescrições. Achavam que, naturalmente, bastava haver médicos para prescrever e os auxiliares para executar.

Ainda me lembro dos exames finais. Eram terríveis e em nada se relacionavam com cuidados de enfermagem. Nem sabiam o que era! Assisti a exames numa escola oficial e que fiquei horrorizada. O médico disse ao aluno que retirasse um osso, de um dos três sacos de plástico preto que ali se encontravam e o descrevesse. O aluno, que, sabia como era o exame, fez o que lhe era pedido. Concereteza que há todo o interesse em possuímos conhecimentos de anatomofisiologia, mas nada se questionava em relação aos cuidados de enfermagem. Portanto, quando pedimos formação específica e mais aprofundada para os enfermeiros foi uma luta na Assembleia Nacional. Quando me lembro da intervenção do deputado, o Dr. Santos Bessa, parece que era assim o nome dele! Não posso dizer que nos traísse, mas teve uma intervenção profundamente desfavo-

²⁴ Decreto nº 46448 de, 20 de Julho, de 1965.

rável à nossa formação.

Estrategicamente, era preciso estarmos muito atentos aos sinais que começavam a surgir e lidar com eles, sabendo-os gerir a nosso favor. Nas reuniões com membros do governo, estrategicamente, procurava que a Dr.^a Maria dos Prazeres Beleza, Secretária Geral do Ministério da Saúde e Vice-Presidente Comissão Instaladora da EEAE, me acompanhasse. Era jurista e 'apanhava' as coisas ainda, elas 'vinham no ar'. Alertou-me para algumas intenções do governo, nomeadamente para o investimento na formação de auxiliares em detrimento da formação de enfermeiros. Lembro-me bem de um dia me dizer:

- Olhe que eles [governantes] estão a evitar fazer obras nas escolas onde se podem formar enfermeiros e a criar escolas que só têm condições para formar auxiliares de enfermagem, para encher o país de auxiliares de enfermagem.

O governo português, por razões várias, porque era mais barato e considerava suficiente, optou por ter alguns enfermeiros, mas muitos auxiliares de enfermagem, embora nunca o estado tivesse [explicitamente] definido uma proporção de enfermeiros/auxiliares de enfermagem. Cada escola formava de acordo com as suas possibilidades e as escolas particulares faziam o que muito bem entendiam. Quase todas as escolas de enfermagem distritais foram criadas para formar auxiliares de enfermagem. Foram escolas que, depois, exigiram obras substanciais porque, eram pequenas e não tinham condições mínimas para serem escolas de enfermagem, nomeadamente salas técnicas. Os governantes 'agarravam-se' ao pretexto de que não havia candidatos a enfermagem para construir escolas de auxiliares de enfermagem. Utilizavam estas estratégias, e não as divulgavam, claro, mas que alguém ia descobrindo. Claro que lhes interessava, [o estado] pagava menos aos AE do que aos enfermeiros! Na realidade, não havia candidatos, pois os enfermeiros estavam muito mal pagos.

Assim, os auxiliares de enfermagem, que eram a maioria, acabavam por fazer tudo ou quase tudo, no domínio da prestação de cuidados. Os enfermeiros chefes faziam cumprir os princípios aprovados para a organização, organizavam a farmácia do serviço, a rouparia e acompanhavam o médico nas visitas aos doentes. Embora nos parecesse a nós mais adequado, e mais tarde se tenha implementado, com algum custo, o acompanhamento da visita médica também pela enfermeira responsável pelos cuidados ao doente. Claro que o enfermeiro chefe é

sempre bem-vindo e deve saber e estar envolvido em todas as actividades do serviço, mas esta alteração carecia de ser feita em prol da qualidade dos cuidados. A enfermeira chefe era, de um modo geral, muito considerada pelos médicos.

Em Lisboa, Porto e Coimbra havia condições para se formarem enfermeiros com o Curso de Enfermagem Geral, de três anos, embora o programa, em princípio, precisava de algumas alterações. Naturalmente, havia locais onde existiam Escolas de Enfermagem que não tinham condições para leccionar o curso geral.

Mais tarde, o Ministro da Saúde, penso eu que era o Dr. Neto de Carvalho participou numa reunião internacional em que se defendeu a importância e mais valia que advinha do investimento dos governos, na formação de enfermeiros. Era colocada, então, a tónica de que a formação de auxiliares de enfermagem não era compatível com as exigências de cuidados e com o entendimento que se começava a ter da profissão. Começava a considerar-se que os enfermeiros prestavam cuidados de enfermagem e os auxiliares de enfermagem realizavam algumas tarefas. Algumas coisas foram sendo feitas, mas a extinção do curso de auxiliares de enfermagem só foi conseguida com a 'ajuda' do 25 de Abril. Levou muito tempo a cobrir o país com enfermeiros diplomados. Os serviços eram assegurados quase exclusivamente por auxiliares de enfermagem.

Outra medida do governo que aponta para a desvalorização da formação em enfermagem prende-se com a admissão de pessoas nas escolas de enfermagem com habilitações académicas mínimas. As exigências foram aumentando: primeiro ciclo, segundo e, depois, o terceiro, mas exigindo sempre o mínimo de habilitações de acesso.

As lutas foram duras e embora não goste de utilizar a palavra "luta", a verdade é que foi mesmo uma luta. Foi um período, uma onda difícil de ultrapassar. Hoje, a situação está normalizadíssima. As pessoas que vão fazer o curso superior de enfermagem, nem sonham as dificuldades vividas, à época.

• O regime dificultou a colaboração de organizações estrangeiras

O regime autoritário em que o país vivia dificultou-nos algumas colaborações com organizações estrangeiras. Não proibiu, mas dificultou, quer no que se refere a nós, em termos individuais e institucionais, quer às organizações. Havia grandes dificuldades em sairmos do país e até do continente. Não se pense que bastava

ter o passaporte na mão e apanhar o avião! As pessoas eram controladas. Tínhamos que prestar contas, ir à PIDE-DGS. Para sair do país, na altura, era preciso passar por um 'crivo' de informações impressionante.

Lembro-me de uma deslocação que fiz a um país, cujo nome me escapa, em que previamente fui interrogada pela PIDE, com um pouco menos de cortesia, que não deixa de ser uma forma simpática de expressar o que senti, talvez por ser enfermeira. Por fim, lá me deram a autorização. Aconteceu o mesmo, quando, mais tarde, fui visitar o meu pai, a Angola.

Lembro, inclusive, de apenas autorizarem a minha participação numa das [várias] reuniões, mais ou menos, periódicas, com as Directoras de Escolas Regionais de Enfermagem, de vários países. Esta atitude revoltou-me de tal modo que organizei uma aqui, em Portugal. Foi claramente uma atitude de revolta da minha parte. Apesar de tudo, tivemos a colaboração da OMS, ICN e da Cruz Vermelha. Contudo, a própria OMS teve dificuldades em conseguir que enfermeiras portuguesas participassem nas suas intervenções, ainda que não de forma explícita, mas de facto existiram entraves. Soube que também foram colocadas dificuldades a duas enfermeiras que dirigiam serviços da OMS. Até meados da década de sessenta, as formações em enfermagem realizadas no estrangeiro nunca foram economicamente suportadas por Portugal. Foram as organizações a que as pessoas pertenciam que as financiaram. Por exemplo, estive nos EUA com o apoio da Fundação Rockefeller que me pagou tudo e se responsabilizou por mim. Aconteceu o mesmo com outras colegas. Estou-me a lembrar, por exemplo, da Enfermeira Aurora Bessa que fez formação na Escócia.

- **A EEAE foi um marco para ensino e para profissão**

Em meados da década de sessenta, na sequência do trabalho que se estava a desenvolver no domínio do ensino de enfermagem, sugerimos ao Senhor Ministro a vinda de uma consultora da OMS, para nos ajudar. Nós não podíamos correr mundo, podíamos ir a um ou dois sítios, mas correr mundo não. Era difícil, mas lá conseguíamos chegar às pessoas, falar, contar e sugerir. Esperando, sempre, o melhor momento!

Conseguimos, assim, que a dita consultora da OMS viesse, embora, diga-se de passagem, não nos tenha dito nada de novo. Que não nos ouça se ainda é viva, mas já não é. Uma das suas sugestões foi a criação de uma escola só para for-

mar chefes e professores de escolas de enfermagem. Deste modo, em 1967, era criada a Escola de Ensino e Administração dos Serviços de Enfermagem (EEAE). Há pessoas que discordam do contributo desta escola. Contudo, na minha percepção, foi um marco muito importante para o ensino e para a profissão de enfermagem. Foi um acontecimento realmente excelente pelos resultados que obteve e pela adesão dos enfermeiros. As pessoas aderiram bastante ao curso, tendo funcionado cursos sucessivos, quer na área do ensino, quer da administração. Excedeu completamente as minhas expectativas. Passaram por lá distintas enfermeiras, que já se reformaram ou estão muito próximas dessa situação, nomeadamente, a distinta Enfermeira Bandeira Correia²⁵.

Para além dos momentos intensos de aprendizagem, criou uma cultura de intervenção com base na reflexão e partilha. Faziam-se reuniões e palestras, à noite. No final, ficavam algumas pessoas que continuavam a analisar e discutir os problemas com que nos debatíamos, bem como a forma de os gerir e ultrapassar.

Passaram a prevalecer as qualificações, na nomeação das directoras das escolas de enfermagem. Muitas enfermeiras tiveram acesso a cargos de gestão que exerceram de forma absolutamente competente, por via da qualificação a que dificilmente conseguiriam aceder se as circunstâncias anteriores se mantivessem. Frequentaram o curso enfermeiras que provinham de diversas províncias do país e que dinamizaram e implementaram um conjunto de medidas, nesses locais, por vezes mais inovadoras do que propriamente nos grandes centros urbanos que até aí eram verdadeiros pioneiros. Também é verdade, que nas províncias, por serem meios mais pequenos, mais facilmente se acedia a pessoas influentes, nomeadamente, governadores civis, bispos e mesmo aos próprios médicos.

Foi uma fase muito complicada, mas muito interessante.

• Vivi coisas muito tristes aquando das inspecções

Nas visitas que fiz a escolas de enfermagem de outros países, nunca senti que o nosso ensino estivesse num plano inferior, pois, a partir da reforma de 1965, os enfermeiros portugueses começaram a ter uma formação melhor. Atenção, que estamos a falar de formação em enfermagem! Em relação à prestação de cuidados de enfermagem, podíamos ter uma situação menos gravosa no Porto, Coimbra e Lisboa, onde estavam quase todos os enfermeiros diplomados, mas no res-

²⁵ Exerceu, entre outras, funções de directora da Escola Superior de Enfermagem de Viana.

to do país era terrível.

Não esquecerei, por muitos anos que viva, a visita que fiz ao Hospital de Viseu. Os doentes estavam todos tapadinhos, as camas muito bem feitas, muito direitas. Havia qualquer coisa esquisita.

‘Tudo tão direitinho, ninguém se mexe, que coisa tão esquisita!’- pensava eu.

Eis, quando, de repente, vejo numa das camas uma senhora e a seu lado alguns cabelos a aparecerem por baixo da roupa, que não eram dela. Eram duas doentes que estavam na mesma cama. Disfarçavam, por todos os meios, para eu não dar conta disso.

Lembro, também, o hospital de Castelo Branco. Estava lá uma senhora, chamada Branca Souchet, que, se não era débil mental, rondava por aí. Era pessoa até fisicamente esquisita, nada agradável ao olhar. Achava que os médicos mandavam, ela fazia e tudo bem. Era uma coisa horrível, nem é bom pensar. Eram todos auxiliares de enfermagem, mas nem se faz ideia do que era a formação deles em Castelo Branco.

Vi crianças pequeninas amontoadas num quarto, num quadradinho, em espaços exíguos. Vivi coisas verdadeiramente tristes, horrorosas, aquando das inspecções aos serviços por nós efectuadas. Não gostavam que se chamassem assim, mas eram-no, de facto. Tive oportunidade de fazer algumas apreciações que me chocaram imenso. Vinha para a pensão, mas só chorando, e eu não sou de chorar. A pessoa só ficava aliviada se chorasse, gritasse.

O meu pai, que não era enfermeiro, quando fui operada, tratou-me tão bem, tão bem! Soltava a roupa nos pés, para não ficarem em hiper-extensão, tinha tantos cuidados. Aquilo não eram cuidados de enfermagem. Não se trata ninguém assim. Parecia uma maldade colectiva que andava no país!

- **Fiz apreciações favoráveis ao trabalho de alguns homens enfermeiros**

Só observei prestação de cuidados de enfermagem, na sua verdadeira concepção, em Coimbra, com um enfermeiro que me encantou. Era uma coisa extraordinária. Faço questão de referir os cuidados de enfermagem prestados pelo Enfermeiro Valente, a um doente que estava malíssimo, deitado num colchão, no chão. Dantes, era assim. Havia colchões no chão, mesmo no Hospital Universitário de Coimbra. Fiquei perfeitamente rendida, mas também comovida.

“Dizem que sou boa enfermeira, mas não sou nada ao pé deste homem!”- pensei eu.

Havia pouquíssimos enfermeiros homens, nessa altura, mas havia naturalmente alguns, embora as enfermeiras fossem um pouco contra eles. Eu costumo proteger as minorias, especialmente quando são atacadas. Comecei a ter contacto com homens enfermeiros quando deixei a ETE e exerci funções nestes cargos e instituições, onde tive oportunidade de fazer a apreciação de alguns que vi trabalhar e, por variadas vezes, fui favorável. A minha posição em relação a eles é excelente. Considerei que são capazes de prestar cuidados de enfermagem excelentes. Não penso que, à altura, estivessem só ligados à administração.

3.3. Entrar no mundo do trabalho ou perder o direito à vida privada?

- **A enfermagem era uma profissão de dádiva plena**

Nós, enfermeiros, temos uma experiência de vida riquíssima. Conhecemos pessoas extraordinárias, das mais humildes às menos simples. Vivemos juntas delas, em momentos da vida extraordinariamente difíceis. É o contacto com as pessoas que cuidamos, coisas íntimas que nos contaram à hora da morte. Penso sempre, meu Deus, oxalá que não tenha necessidade de ser anestesiada, porque nesta situação falo de mais. Fui operada uma vez e, segundo dizem, falei de coisas que não devia. Não estava consciente, nem foram coisas transcendentais, mas a partir daí fiquei...

Se me voltar a acontecer, acredito que estou na mão de profissionais que sabem bem as suas obrigações, mas preocupa-me. Não há profissões de vivências tão intensas como a enfermagem. Aqueles reflexos que temos quando alguém vai escorregar no passeio, parámos e ajudámos, estamos atentos, enquanto a maioria das pessoas passaram e nem viram. Estamos atentos a tudo. A Enfermagem não é uma profissão qualquer.

Não era um emprego que pudéssemos fechar a porta e ir para casa descansar. Não é como se estivéssemos a escrever um texto que podia ser continuado no dia seguinte. À época, os problemas eram tantos e tantos. Era a vida das pessoas que estava na nossa mão. A situação era muito difícil, havia poucos recursos e nós fomos formadas para dar. Chegar ao serviço, no dia seguinte, e ver que o penso não foi feito quando, por exemplo, deveria ter sido feito duas ou três vezes,

era terrível. Era o doente que não saia connosco, mas vinha na nossa cabeça. Senti muito isso, quando estava na prática. No Verão, muitas vezes, saía de fazer noite e ia para a praia, uma coisa que gostava imenso, mas estava lá, a pensar:

- “Como estará aquele doente? “

Dava-se tanto de nós, era uma dedicação tão grande que ultrapassava, em muito, as horas de trabalho. A nossa vida ficava um pouco de lado. Defendi, em alguma coisa que disse ou escrevi, que [a enfermagem] era uma profissão essencialmente feminina. Sempre achei que as mulheres eram e são mais maternais e que isso devia existir na enfermagem. É preciso ver que havia médicos, enfermeiras e as senhoras que faziam a limpeza e, numa enfermaria, para além dos cuidados aos doentes havia muitas mais coisas a fazer. Por exemplo, a quem se pedia para organizar uma farmácia, uma lavandaria, um serviço de atendimento ou uma sala de estar dos doentes?

Aos enfermeiros e isto são papéis atribuídos às mulheres.

Nas funções que exerci, não senti discriminação por ser mulher ou não dei muita importância a isso. Senti sim, que não era capaz de me ‘desligar’ facilmente dos problemas. Ainda hoje sou um bocadinho exagerada e também fui com a enfermagem. Se tenho alguma coisa para fazer, independentemente de não ter compromisso, em termos de prazo, sinto que tenho de fazê-la imediatamente. Tudo isto acaba por se reflectir na vida privada. Agora, nesta idade, pensamos nos reflexos melhores ou piores da vida, não foi com má intenção, não tenho qualquer peso na consciência, mas, de facto, foi uma entrega total à enfermagem. Podia ter casado, aliás estive para o fazer, ter dado mais atenção ao meu pai e até à minha mãe. Penso que tudo isto influenciou o não casamento.

• **A proibição do casamento vigorou anos e tivemos que arranjar aliados**

A enfermagem é uma profissão lindíssima, de uma dádiva plena. Julgo que isso levava as enfermeiras a não terem outros interesses, como, por exemplo, casar. Era difícil casar e ter alguém que quisesse casar com a ‘dita enfermeira’. Até percebo que Salazar, ou lá quem foi, tenha proibido as enfermeiras de casar, por causa da dedicação total aos seus doentes. Esta dedicação é perfeitamente visível pela forma como nos referimos:

- Já tratou os seus doentes? Como estão os seus doentes?

- Os meus doentes...

Não me parece que fosse a existência da lei,²⁶ que levou muitas enfermeiras a não casarem. Era a própria enfermagem que ocupava um espaço tão grande no dia-a-dia dos enfermeiros, no pensamento, na sua actividade, e isso era uma coisa tão importante para nós. [As enfermeiras]arranjariam, e algumas arranjaram, maneira de 'furar' a lei.

Lembro-me de estar nos EUA, em 1956-57, e uma colega, que, mais tarde foi superintendente num hospital, do nosso país, me escrever a dizer que tinha casado com alguém que eu conhecia, mas pedia-me que não dissesse nada a ninguém, nem falasse em nenhuma carta sobre isso. Fiquei muito preocupada.

"O que se terá passado, para não poder dizer nada? Eram os dois livres!" pensava eu, porque não sabia da existência da lei. Só, mais tarde, o soube.

Temos que pensar também que a castidade, à época, tinha o seu 'altar'. Isto teve um peso acrescido pelo facto de se associarem, frequentemente, as enfermeiras a relações socialmente reprováveis. Para além disso, o enfermeiro devia estar sempre disponível, o que não era possível às mulheres casadas face aos horários praticados. Faziam-se manhãs, tardes e noites e havia hospitais a funcionar com turnos de 12 horas. Não sei se por orientação ou não do governo, as enfermeiras que não faziam turnos podiam casar. Portanto, algumas mudavam de serviço, saíam e procuravam serviços onde pudessem casar. Outras sentiam-se realizadas no serviço, mas, para casar, mudavam. Outras ainda arranjavam o seu companheiro e não casavam. Sujeitavam-se a isso. Ter companheiro passava a constituir um outro tipo de problema para elas. Hoje, não é tão condenado; na altura, era muito complicado. Algumas casavam em segredo, mas como depois, foi muito divulgado que Salazar não as deixava as casar, a sociedade desculpava-as um pouco.

A lei vigorou muitos anos. Existiram vários movimentos, envolveram-se imensas pessoas, enfermeiros e não enfermeiros, que tivessem força. Sei que a Enfermeira Mello Corrêa²⁷ se manifestou contra, mas não me lembro, em pormenor. Posicionaram-se várias entidades religiosas e médicas. Nessa época, quando nós enfermeiros, queríamos alguma coisa e não conseguíamos, tínhamos de arranjar companheiros de luta que lutassem por nós. Por um lado, era desagradável, mas por outro, era a única maneira de alcançarmos aquilo que queríamos. Mesmo

²⁶ Decreto nº 28:794, de 23 de Novembro, de 1938.

²⁷ Entre outros cargos, foi directora da ETE.

assim, foi difícil convencer o governo a revogar o diploma. O facto de existirem muitas vagas, algumas das quais, entrando às 8 e saindo às 16 H, teve algum peso. Tudo isto nos dá a ideia de como funcionava o regime Salazarista.

3.4. O ensino e a profissão carecem de mudanças

- **As pessoas não querem participar, mas há experiências que nos valorizam**

Estive em diversos cargos em que a única enfermeira era eu. Ao princípio, custou-me um bocadinho, mas fui ultrapassando. Houve uma época, em que os enfermeiros não eram capazes de falar, a não ser com enfermeiros. Actualmente, a dificuldade não é tanta, mas ainda persistem alguns reflexos do passado.

Ainda há muito pouco anos, dois médicos integrados na Comissão Parlamentar da Saúde organizaram um Fórum sobre Saúde, do qual, tomei conhecimento através da comunicação social. Vi que estavam [representados] médicos e outros profissionais de saúde, à excepção dos enfermeiros. Os enfermeiros incomodam e, portanto, para esse debate na Assembleia Republica, não tinha sido previsto a sua presença. Reagi, sempre, e continuo a reagir ainda agora, que nada tenho a ver com o poder instituído. Sempre que uma situação semelhante ocorre, sou capaz de escrever a alguém dos meus conhecimentos e alertar para a importância de estarmos presentes. Fiz as minhas diligências, assegurei a presença de um enfermeiro, mas tive que ir eu, porque ninguém se disponibilizou! Esse debate foi extraordinariamente interessante, fizeram-se imensas perguntas em relação à enfermagem. Teve elevação!

São tudo coisas que nos enriquecem. As pessoas não querem participar, não gostam, não querem ir, mas tudo isto são experiências que nos valorizam e enriquecem.

- **A formação em enfermagem está a passar um momento difícil...**

Outro dia, fui a uma sessão solene e sentei-me no local que me estava destinado. A meu lado, ficou uma enfermeira de uma escola privada com quem, naturalmente, falei. Perguntei-lhe pelos resultados e respondeu-me:

- Isso é com a enfermeira do hospital.

- A enfermeira do hospital é a responsável? – perguntava-lhe eu.

- É. Eu passo pelos estágios.

- Passa pelos estágios? Porquê? São muitos alunos?

Claro, tem muitos alunos, mais ganham. O mais importante é ganhar bem e não tanto formar bem. As enfermeiras das escolas andam nos hospitais, mas não fazem nada. Quem autoriza as escolas privadas, autoriza muito mal.

A formação em enfermagem está a passar um momento difícil, diferente, mas continua mal. Cada vez se atende menos à prática de cuidados. Algumas escolas estão menos atentas à aprendizagem dos futuros enfermeiros, em estágio. Con certeza que são muito importantes as aulas, os exames e os seminários, mas é necessário que o enfermeiro, quando sai com o seu diploma, 'saiba ser' e 'saiba fazer'. Admito que saibam ser, mas é absolutamente necessário que, saibam prestar cuidados de enfermagem.

É com isso que me preocupo, ainda que hoje, não tenha nada ver, a não ser de dizer estas coisas, nomeadamente quando me fazem relatos do que fazem e aprendem.

Hoje, os enfermeiros das escolas, e há escolas que têm um grande corpo docente, vão aos campos de estágio, entregam os alunos e, no fim, vão saber a avaliação. Não há orientação, acompanhamento e supervisão dos alunos em estágio. Hoje, se os enfermeiros não saem tão mal formados como saíam há uns anos atrás, é porque temos melhores enfermeiros na prática.

O actual modelo de formação está completamente esgotado e, ainda não se encontrou um novo modelo para a formação dos enfermeiros. Os médicos têm um modelo óptimo. Aí, os professores são responsáveis pelos serviços clínicos, pela medicação prescrita e pelo estado de saúde daquele doente, na sua globalidade. Na enfermagem, não é o chefe o responsável, é um enfermeiro que está no serviço e, no final do turno, vai-se embora. Os professores deviam trabalhar e ser responsáveis pela intervenção directa nos cuidados, no hospital ou no centro de saúde. Já tenho dito que a nossa formação devia ser mais parecida com a dos médicos, mas isso cai sempre mal. Mas é preocupante a actual formação dos enfermeiros.

Muito recentemente, tive uma amiga, enfermeira, internada nos cuidados intensivos. Logo que soube fui imediatamente lá, mas o que vi fez-me tanta impressão! Claro que não lhe disse nada a ela. Penso que a enfermagem mudou de atitude, com perda a nível da relação com as pessoas. Isto não é nenhuma coisa caseira!

4. SINTRA, A VOZ DO ACTIVISMO, DA CIDADANIA E DA MILITÂNCIA POLÍTICA

4.1. Da infância à enfermagem passando por uma escola diferente

- **“O meu pai dizia que nós, filhas, tínhamos que ter um diploma”**

Nasci e estudei no interior do país, onde os horizontes eram relativamente fechados. À época, o único nível de ensino verdadeiramente democrático era o ensino primário. Frequentavam-no ricos, pobres e remediados, rapazes e raparigas, descalços e calçados. Diferenciavam-se pelo lanchezinho e pela escalfeta. Uns levavam lanche e outros não. Outros ainda, era a empregada que levava o copo leite e pão com chouriço ou presunto, enquanto outros, levavam pão centeio, azeitonas e cebola. Os ricos e remediados com, e os outros sem, escalfeta. Era um pouco isto...

Contrariamente aos meus colegas, não frequentei a Mocidade portuguesa. O meu pai, por questões políticas, não me deixou. Não coloquei questão alguma, até preferi, fazer o curso de Defesa Civil do Território. Subíamos por cordas, simulávamos salvamentos, entre outras coisas. Na minha terra havia minas de ferro, onde ocorriam, por vezes, alguns acidentes. Gostei sempre do contacto com outros miúdos e com pessoas nos acidentes. Sentia-me um ‘pouco aventureira’ no campo do conhecer, embora nas outras áreas seja cautelosa, ainda que idealista.

Acabei o liceu e pensei em fazer o curso de assistente social ou de enfermagem. A minha irmã fez o de professora. O meu pai queria dar-nos o melhor e, se fosse para assistente social, estava definido que iria para o Porto. A minha mãe faleceu, ainda eu era miúda. Entretanto, veio passar férias à minha terra, uma amiga do meu pai que era directora de um serviço, no IPO de Lisboa e disse-nos que a Escola Técnica de Enfermeiras, era a melhor do país. Vim para Lisboa fazer a prova. O meu pai nunca me confirmou, mas penso que a Dr.^a Madalena deu o aval em relação a mim, porque, apesar de ter bons resultados nos testes, não sei se entraria. Aquilo era uma elite e, eu da província sem conhecerem a família...

Não tive qualquer barreira familiar na opção pela enfermagem, pelo contrário, apoiaram-me! Penso que se tivesse dito ao meu pai que queria ser engenheira, não teria problemas. Foi sempre muito pragmático em relação à obtenção de um diploma. Dizia-nos isto desde miúdas:

- Vocês têm que tirar um curso, ter um diploma que diga o que sabem fazer, ainda

que seja descascar batatas. Vocês podem saber descascar batatas, mas têm que ter um papel que diga isso.

- **“Entrámos trinta e três alunas e saímos cinco”**

Tirei o curso na Escola Técnica de Enfermeiras, no início da década de sessenta. Era muito exigente, em termos de formação teórica e estágios, sobretudo a nível dos cuidados, de tal forma que, no meu curso, entrámos 33 alunas e saímos 5. Em quase todos os cursos o insucesso era elevado. A avaliação era horrorosa, podíamos ser excluídas da escola ou de ano. Tive uma colega que foi excluída por ter cometido um erro terapêutico com a pré-medicação, que não chegou a administrar. Era uma jovem de família pouco conhecida, inteligentíssima e, como todas as pessoas inteligentes, era um pouco distraída. Na escola não gostavam dela, queriam chumbá-la. Apanharam aquele erro...

Estamos convencidas, e ela também, que o estatuto social foi determinante na decisão. Acabou depois o curso na Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha. Recordo-me como se fosse hoje. A aluna foi excluída e pronto! Era caso para dizer que, não havia providência cautelar que resultasse. Não se podia recorrer. Aliás, recorrer para quem, se o poder máximo era dado à Escola? Não era possível, mas também não passava pela cabeça das pessoas fazerem-no.

Aconteceu o mesmo a outra colega que, mais tarde, foi chefe de um serviço de um hospital particular, mas essa pode repetir o ano.

Quando terminamos o curso, quatro das cinco, demo-nos sempre bem. Uma não estava verdadeiramente no grupo. Só passou, achávamos nós, por ser da *'high society'* embora algumas das que terminaram também o fossem, mas eram mulheres simples. Chumbaram outras que deviam ter concluído o curso. Ainda hoje, reunimos, mas com aquela é de forma diferente. Falei disso com várias enfermeiras. A idade e a distância no tempo já nos permitem falar disto tudo! Acho que havia um olhar diferente para as alunas da *'high society'*, como, então, dizíamos.

Tive uma experiência na ETE, que não se repetiu, penso eu. Receberam algumas alunas muito novas, com 16 anos, portanto com uma imaturidade muito grande. Essa época era muito exigente e confrontar uma jovem, dessa idade, nessa altura, com a exigência da norma, da ordem e da disciplina da escola, era muito difícil. Por outro lado, a forma das pessoas viverem, na cidade de Lisboa, não era a

actual. Evoluiu-se muito. Existiam muitos bairros degradados, com uma população muito, mas muito pobre. Confrontarmo-nos tão jovens com esta realidade e a do hospital era muito difícil.

Ao Hospital Curry e Cabral, que era um hospital de doenças infecto-contagiosas, à altura, chegavam doentes sujos, com crostas nos pés e piolhos. Os colchões tinham percevejos. Havia colegas de Lisboa que nunca tinham visto piolhos. Sou da província, já os tinha visto, mas elas não. Exigia-se maturidade, responsabilidade e confronto com a realidade vivida pelas populações que não eram compatíveis com a idade, por muito que as pessoas em casa tivessem uma outra formação. Era difícil, tal como o era contactar com o corpo. Ainda me lembro, de uma colega estar no serviço de cirurgia, do IPO, e ter um doente com uma neoplasia do pénis. Estava a fazer as notas de enfermagem quando a Enf.^a Salgueiro lhe perguntou se os testículos eram normais. Virou-se para mim e disse-me:

- Sei lá se são normais. Nunca vi outros!

Fomos as duas observar e tinha, de facto, um prolapso. Por pudor, respeito ao doente e a ela própria, nem os tinha observado.

Sendo um grupo com alguma imaturidade, era alegre, bem disposto, por vezes não mediamos as consequências. O curso que entrou a seguir, também o era. Portanto, tentámos transformar a vida interna. As alunas da nossa escola que eram internas, mesmo que vivessem em Lisboa, tinham que obedecer às regras e não podiam sair livremente. No primeiro ano, só tínhamos uma licença para sair até às 22 ou 22.30 h ou um fim-de-semana, desde que os pais dessem autorização. Trazíamos coisas de casa e fazíamos almoços e jantares. Convivíamos assim, internas e externas dos vários anos, criando-se grandes cumplicidades. Debatiam-se vários aspectos, entre outros: como e o que estudar, como lidar com algumas professoras e como se podiam 'enganar' através de estratégias bem definidas. Foi uma experiência muito engraçada, muito rica e que ajudou muito na relação com as professoras.

- **“Tínhamos uma sala onde recebíamos as visitas e os namorados”**

As professoras mantinham alguma distância de nós. Era a autoridade, mas conviviam connosco, na sala, depois da refeição. Note-se que era uma convivência programada, dentro de limites, mas considero que foi bom. Éramos muito novas e isto ajudou-nos a ver os limites. Considero que não perturbou a minha liberdade,

nem me prejudicou, pelo contrário. Era um regime com autoridade sem autoritarismo. Ajudou-nos a saber organizar a vida e o trabalho, cumprindo as regras programadas. Tinha ordem do meu pai para utilizar todas as licenças. Podia portanto, passar fins-de-semana com colegas, sempre que o quisesse. Uma vez utilizei, outras não. Claro, que o primeiro contacto com a escola foi doloroso, mas as alunas mais velhas ajudavam-nos, recebiam-nos e integravam-nos. Até foi bom!

Também havia professoras internas e externas. Uma das internas era do Porto, já faleceu, a Enf.^a Nilza Ralha, que tinha vindo da América, era nova, alegre e, sem falar directamente percebia-se que era muito lutadora. Era diferente, entendia-nos melhor. As Enfermeiras Costa Reis e Diniz de Sousa, por exemplo, eram externas, mas sendo exigentes compreendiam as alunas e as suas dificuldades. O serviço de vigilância ao lar era efectuado por enfermeiras do IPO que também assistiam às refeições. Eram as primeiras a entrar e, só depois, é que nós entrávamos, sentávamo-nos e levantávamo-nos, mediante a sua autorização.

Tínhamos aulas de Moral e Religião, mas era uma escola laica, aberta, muito liberal. Era conhecida por isso, até se dizia que não gostariam muito dela, por não ter nenhuma opção religiosa. Isso era útil, porque tínhamos colegas anglicanas, o que dava origem a análises interessantes sob o ponto de vista religioso.

À época, podia-se dizer que tinha um ambiente aberto. Havia uma sala onde recebíamos os namorados que nos podiam ir buscar. Por isso, é que diziam:

- São muito finas, muito finas, mas...

Era o resultado do choque entre o encerramento defendido pelo Estado Novo e alguma abertura por parte da escola. Apesar do controlo sobre o comportamento, não senti tentativa de invasão do mundo privado. No fundo, prevaleciam os princípios de respeito e educação.

- **“Sem qualquer visão elitista, a formação era diferente”**

Sem qualquer visão elitista, a formação era diferente das outras escolas. O curso era de três anos, mas depois fazíamos um estágio, de um ano, no IPO. Só depois deste ter sido apreciado positivamente é que nos entregavam o diploma. Podíamos ter que repetir o ano. A escola tinha, assim, o livre arbítrio de nos dar o diploma. Era um poder absoluto, completamente diferente das outras escolas! O estágio era realizado, onde, hoje, funciona o Centro de Saúde, Sofia Abecassis. Durante este período, éramos pagas pelo IPO, tanto que, quando terminei o curso

e fui trabalhar para outras instituições, pedi o número para fazer os descontos para Caixa Geral de Aposentações. Vi que já o tinha. O IPO fazia os descontos directos, como enfermeira técnicas, por não termos, ainda, o diploma.

Primeiro, a ETE era mais exigente em termos de condições de acesso. Só admitia alunas com 5º ano e, mais tarde, o 7º Ano. Faziam-se ainda, exame psicotécnico e entrevista.

Para além disso, contrariamente às outras escolas, começávamos o Curso com a abordagem da Saúde Pública, tendo por base a pessoa a viver na comunidade, em princípio, saudável. Depois, em estágio, fazíamos a Introdução às Técnicas, como então se designava. Seguiam-se as unidades de enfermagem médica, cirúrgica, pediátrica e psiquiátrica e terminávamos com o ensino e administração. Era uma inovação!

Na altura, existia na Escola de Enfermagem Artur Ravara, o Curso Complementar, mas para quem tinha já o Curso de Enfermagem Geral e queria seguir o ensino ou a administração. A ETE não. Integrava, já no curso de base, as disciplinas de ensino, administração e saúde pública. Com estas noções e conteúdos todos, éramos confrontados com a grande dificuldade de entrar na comunidade e na casa das pessoas para se proceder ao diagnóstico de situação, da família e da comunidade. Fazíamos estágios e visitávamos empresas, no âmbito da saúde pública. Procurávamos saber como estava a saúde das pessoas no trabalho. Visitávamos o mercado municipal, a recolha do lixo e os serviços de limpeza. Tudo isso estava ligado à saúde na comunidade. Não há saúde comunitária, se não houver saúde ambiental, tratamento de resíduos sólidos e atenção à forma como vivem as pessoas. Por isso, digo sempre que a minha necessidade de contacto e essa formação da escola, 'fizeram-me a cabeça' para a saúde pública, como se chamava na altura, saúde na comunidade, na actualidade. O trabalho com as comunidades e a enfermagem pediátrica foram duas áreas que sempre me atraíram.

Na altura, a enfermagem pediátrica era dada pela Profa. Alice Gentil Martins. Reforçavam a visão da saúde na criança inserida na comunidade. Abordava-se também a enfermagem de saúde mental e não estou a dizer, enfermagem psiquiátrica²⁸. Esta disciplina era dada pela Enf.^a Costa Reis e o Dr. Pestachini Gal-

²⁸ Fazia-se uma abordagem também centrada na perspectiva da promoção da Saúde Mental e não apenas na patologia psiquiátrica.

vão, que tinham feito formação em Saúde Mental, na América. Da mesma forma, defendiam a perspectiva da saúde mental na comunidade, embora também se abordasse a enfermagem psiquiátrica.

Tinha, pois, um corpo docente reconhecido pela sociedade em geral, e pela comunidade académica e científica. Havia dinheiro para pagar aos professores de maneira diferente. Quase todas as professoras foram fazer formação à América. Dependia do IPO e, por consequência, do Ministério da Educação, enquanto as outras estavam sob a dependência do Ministério do Interior e, mais tarde, do Ministério da Saúde. Era oficial, mas autónoma em termos de organização curricular.

- **“Elitismo não só nos conteúdos e na formação”**

É preciso conhecer a história da ETE. O Prof. Francisco Gentil convidou três senhoras da nossa sociedade, para fundar a escola: D.^a Palmira Tito de Morais, D.^a Monjardino e D.^a Angélica Lima Basto, que eram pessoas reconhecidas do ponto de vista social e intelectual. Era uma escola de um certo elitismo e, não me refiro só aos conteúdos e à formação, mas também à selecção, em termos de estrato social. Senti que isto existia, embora as regras não o explicitassem. Independentemente das habilitações académicas penso que havia uma ‘cota’ assegurando a entrada maioritária de pessoas da elite social.

Havia um certo orgulho em estarmos naquela escola. Fazíamos estágio de enfermagem Psiquiátrica no Hospital Júlio de Matos onde permanecíamos até à tarde. Pois, a ETE mandava a carrinha com as empregadas fardadas de ‘crista na cabeça’ para nos servirem o almoço. Isto é simbólico, mas foi uma marca da escola. Virem as empregadas impecavelmente fardadas servirem o almoço às alunas que estavam a estagiar! Lembro e lembrarei sempre na minha vida isto. Marcava uma distância, um espaço e uma elite. Embora entre nós alunas isso servisse para ‘gozarmos’, fazermos as nossas peças de teatro, mas na realidade sentíamos-nos bem, era confortável para nós.

É preciso não esquecer que estávamos na década de sessenta! Sentíamos que havia diferença no comportamento do pessoal, mesmo médico, quando se dirigiam às alunas da ETE. Embora as professoras estivessem próximas e permanecessem em todo o campo estágio, havia um reconhecimento por parte do restante pessoal. Senti isso quando fiz o estágio, sobretudo na Psiquiatria e na Materni-

dade Alfredo da Costa.

Sentíamos, por parte das colegas de outras escolas, uma certa distância. Quando nos viam, diziam:

- Lá estão as ETS's.

4.2. Contextos de vida e da profissão

• “A diferença foi uma marca que persistiu”

A esta distância, reconheço que a diferença entre a ETE e as outras escolas de enfermagem foi uma marca que persistiu, mesmo quando formei equipa.

Não acredito no acaso e, por isso, analisei muitas vezes, porque é que escolhi sempre enfermeiras que não eram da ETE para trabalhar comigo. Na altura, dava a justificação de que conhecia aquelas pessoas ou me tinham falado delas. O certo, é que isso ficou claro na minha cabeça, quando fui para as ilhas e contactei com enfermeiras, auxiliares de enfermagem de várias escolas e várias formações: do Hospital Universitário de Coimbra e das Escolas de Enfermagem Ângelo da Fonseca, do S. João, do Porto, de S. Vicente de Paulo, Missionárias Irmãs de Maria e Artur Ravara. Estavam lá [nas ilhas], sobretudo, enfermeiras de Saúde Materno-Infantil e de Saúde Pública.

A partir daí verifiquei e reconheci, à época, e digo isto com toda a frontalidade, que nós éramos muito boas na fundamentação teórica, tínhamos uma formação que nos suplantava, mas depois no trabalho directo com o doente, na rapidez da aplicação das normas, não dos conteúdos, aí sentíamos-nos mais frágeis. Reconheci no contacto que tive, com toda a simplicidade assumo que tinha a cabeça feita de que ‘nós éramos as maiores’. Conheci pessoas excepcionais na prestação de cuidados, que não eram da ETE.

Era uma condição, éramos escolhidas e convidadas para gerir, quer no sector particular, quer no oficial, à excepção dos Hospitais Cívicos que eram normalmente da Escola de Enfermagem Artur da Ravara. Éramos escolhidas para chefiar no Hospital Particular, no Hospital da CUF e na Clínica Henrique Moutinho, que já não existe. Estou a falar das três grandes instituições particulares, de Lisboa. O mesmo acontecia nos Açores e nas escolas de enfermagem de Angola e Moçambique. As pessoas que estavam nestas escolas, também eram da ETE, na sua maioria.

• **“Tive todas as condições, mas percebi o quão difícil era a vida das enfermeiras”**

A minha infância foi vivida entre rapazes e raparigas de todos os grupos socio-económicos. Só mais tarde é que percebi que mulheres e homens faziam cursos diferentes. Não podia sentir que ser mulher trazia mais dificuldades. Tive as condições todas para enfrentar a realidade do país. Fiz um esforço por ser boa aluna e tive bolsa, para ter ‘dinheiro de bolso’. Senti-me bem na ETE. Acabei o curso, tive emprego de imediato e a ganhar relativamente bem. Logo no início da minha vida profissional, fui convidada para adjunta da chefe de um programa de saúde. Senti a marca da Instituição/ETE, nessa escolha.

Vim para Lisboa, fui escolhida pelas senhoras enfermeiras Fernanda Resende e Diniz de Sousa, para dirigir uma Escola de Auxiliares de Enfermagem, numa capital de distrito. Toda a enfermagem e não só, sabia da competência da Senhora Enfermeira Fernanda Resende. O Dr. Coriolano Ferreira e a Enf.^a Resende foram as duas pessoas que, nas décadas de cinquenta e sessenta, marcaram a saúde, em Portugal. Ninguém se lembra dos Ministros, mas deles todos e todas, da época, recordam.

Estava na província quando novamente a Enfermeira Fernanda Resende me chamou para vir abrir uma Escola de Enfermagem, de um dos cursos de raiz, como o de Enfermagem de Saúde Pública.

A partir daí, estudaram-se as possibilidades de se criarem as especializações em enfermagem. Um colega foi para a Escócia com bolsa de estudo e uma outra supostamente iria para França, com bolsa pela OMS. A última acabou por não se concretizar, por a referida organização não contemplar o apoio a Portugal, em função da política colonial prosseguida pelo Estado Novo.

Regressado o colega, abrimos uma das especializações em enfermagem. Depois, lutamos para que a especialização tivesse um tronco comum à formação médica e de enfermagem, diferenciando-se posteriormente, em 1974/75.

Entretanto, tinha-se criado a Escola de Enfermagem de Saúde Pública, sob a direcção da Enf.^a Yonne Filipe Pinto, que também era um curso de raiz e mais tarde, evolui para uma especialidade. Já na década de cinquenta, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, com a Enf.^a Cunha Teles tinha criado o Curso de Enfermagem de Saúde Pública. Não era propriamente um curso, era mais uma

formação de curta duração. Surgiu porque desta instituição dependiam muitos dispensários para atendimento e ensino à população, sobretudo, mulheres grávidas e crianças. Tentaram posteriormente que esta formação fosse reconhecida como especialidade e penso que, parte dela, foi reconhecida. Algumas professoras de escolas de enfermagem, nomeadamente, da Escola de Enfermagem Maria Fernanda Resende e da Escola de Ensino e Administração, fizeram esta formação, na Misericórdia.

Estes cursos, que designamos de raiz, tiveram pois, uma duração curta. Propusemos que se constituíssem especializações em enfermagem. Não tinha sentido permanecerem como cursos básicos. Neste sentido, associaram-se duas escolas e vários cursos: a Escola de Enfermagem Psiquiátrica, a Escola de Enfermagem Saúde Pública e os Cursos de Saúde Materna e Obstétrica que, em Lisboa, se leccionavam na antiga Escola de Enfermagem do Hospital Santa Maria, actualmente Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian, e a Enfermagem de Reabilitação, que era leccionada no Alcoitão, resultando na criação da Escola Pós-Básica de Lisboa. Por sua vez, esta deu origem à Escola de Enfermagem Maria Fernanda Resende, mais tarde, Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende que, recentemente se fundiu com outras escolas para dar origem à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Estive pois, no grupo da reformulação dos currículos das especializações em enfermagem e na junção das escolas/cursos. Integrei o grupo de trabalho da Direcção Geral dos Hospitais, do Departamento de Ensino de Enfermagem, para a reforma do ensino de enfermagem, 'capa de rato'²⁹, como nós lhe chamávamos. Não tive razões para sentir a diferença ou marca de ser mulher.

Escolhi maioritariamente mulheres para a trabalhar comigo, dado que a enfermagem era uma profissão exercida no feminino. Mas também escolhi um enfermeiro e um funcionário administrativo. Comecei, aí, a aperceber-me o quão difícil era para as mulheres conciliar a sua vida profissional e familiar, embora pessoalmente não o tivesse sentido.

- **“Os enfermeiros eram vistos como seres externos à profissão”**

Os homens na enfermagem não tinham problemas quando iam para a Psiquiatria. De resto, nas décadas de sessenta e setenta, eram vistos como seres externos à

²⁹ Esta designação relaciona-se com a cor da capa da referida reforma.

profissão.

Depois, começamos a vê-los trabalhar nos hospitais e trabalhavam bem! Acontecia o mesmo às mulheres, na engenharia civil. Eram mal vistas por andarem nas obras misturadas com homens. Já não havia problemas com as engenheiras químicas e arquitectas, por se moverem em ambientes mais fechados. Na actualidade, as coisas alteraram-se bastante. É uma questão de poder. Quanto mais se afirmar a profissão, mais se diluirão as diferenças concerteza.

• **“Foi no pós 25 de Abril e na vida política que senti a discriminação”**

Tinha 33 anos aquando do 25 de Abril de 1974. Já antes do 25 de Abril, andava na vida política. Estive sempre ligada a pessoas de esquerda, mas após a Revolução tive de reflectir bastante para decidir pelo partido que melhor corresponderia aos meus valores e ideologias. Analisei a situação, mais uma vez, com muito cuidado. O meu pai quando soube que era activista política, ficou preocupado com a minha opção partidária.

Era um Monárquico do Norte, defensor do meio e do desenvolvimento da comunidade rural, de modo que me passou a imagem do ‘isolamento’ vivido na União Soviética. Na altura, comparava o isolamento entre a província, onde nasci e vivi a minha infância, e Lisboa. Vi a pobreza dos Açores, de Rabo de Peixe...

Inscrevi-me, então, no partido socialista. Tomei essa decisão e o meu pai respeitou. Ensinou-me bem alguns valores, que me levaram a nunca sentir em relação a mim própria, que a mulher nascia para ser mãe, casar e a esperar pelo que o marido ganhasse.

Nas primeiras sessões políticas que fiz publicamente nas aldeias, senti as injustiças sociais e as marcas do Estado Novo. Reconheci algumas companheiras da escola primária, que felizmente tinham feito a 4^a classe, mas não puderam prosseguir os estudos. Como eram inteligentes e capazes, mas não tiveram oportunidade de continuar para estudar! Casaram e ficaram ali, rodeadas de filhos, enquanto os rapazes tinham emigrado. Algumas continuavam muito pobres. Aí, senti que os homens eram preparados para o trabalho e as mulheres para a subserviência. Vi como o atraso estrutural da província pesou na vida delas.

Também, em termos pessoais, foi na vida política que senti a discriminação e já na libertação do país, no pós vinte e cinco de Abril. Como mulher, tinha que provar mais! Tinha que lutar mais! A verdade é que nós mulheres, na política, mesmo

agora, temos que demonstrar que somos boas profissionais e boas companheiras. Eles não têm que comprovar nada.

Ninguém pergunta a um homem, nem a comunicação social, como organiza a sua vida pessoal ou como concilia a sua vida pessoal e profissional. Ao perguntar isto, estão a marcá-las e a culpabilizá-las. Não é assim! Se me perguntam isto, digo logo que não respondo. A responsabilidade da vida pessoal não é das mulheres, é do casal!

Depois, as outras mulheres culpabilizam-nos mais, enquanto os homens se protegem entre si, formando um *lobby*, por uma razão: são poucas mulheres a ocupar lugares de poder. Há poucos lugares para as mulheres portanto elas têm que lutar. Chegando lá, são subservientes para com os homens, pois têm que os conquistar. Por isso, defendo o estabelecimento de quotas³⁰. Os cargos de secretários gerais, autarcas, sindicalistas, normalmente são ocupados por eles. Se naturalmente ocupam vagas por inerência a estes cargos, necessariamente temos que ter um processo como este de quotas.

As mulheres são atacadas na vida privada, o homem não. Diz-se 'é um político' enquanto à mulher diz-se 'é uma mulher política'. Veja-se a necessidade de reforçar 'é uma mulher...' e a conotação que pode ter 'é uma mulher política'.

• “Tudo o que fiz, consegui-o porque era livre”

Tudo que fiz consegui-o porque era livre. Não tinha que prestar contas a ninguém, a não ser a mim própria, o que já é difícil. Sinto que, se tivesse uma família organizada era possível fazer a vida que fiz, mas seria muito mais difícil. Considero-me uma mulher livre que não se submete a pressões. Sou uma pessoa de causas e defendo-as até ao limite.

A conjugação entre a formação e o exercício de enfermagem na comunidade e no hospital, preparam-nos para percebermos melhor o ser humano na sua globalidade, nas suas forças, mas também nas suas fraquezas. A minha especialidade faz-me aceitar o/a outro/a na sua plenitude. Quando aceito, estou a ser orgulhosa e vaidosa, mas não tenho falsa modéstia. Ninguém me vê a fazer juízos de valor ou a criticar, por criticar. Quando o fizer, estou mal. Peço às pessoas amigas que me digam, que chamem à realidade. Foram também os valores que recebi em criança, o ter vivido não numa grande cidade, mas numa vila com todos e todas, o ter

³⁰ Têm por objectivo assegurar a representatividade das mulheres nos órgãos políticos.

percebido as dificuldades das pessoas, porque acho que ter-se vivido num 'berço d'ouro', como se diz, e sem dificuldades, é complicado. Isso foi e, é bom. Foi bom também, confrontar-me com a realidade da cidade e da província e com todos os problemas que senti no trabalho e na vida política. É tudo isto que me permite ver a sociedade e as exigências de liberdade e igualdade de oportunidades.

• **“Exerci a enfermagem e a política com uma visão (inter)cruzada”**

Embora a experiência seja da própria pessoa, penso que poucas pessoas fizeram um percurso político e profissional como eu. Devo ser até a única enfermeira. Outras colegas, como a nossa Bastonária, têm um percurso profissional e sindical, mas é diferente. Exerci sempre a enfermagem com a outra visão, a de política.

Já antes do 25 de Abril, a Escola de Enfermagem que dirigia, reunia com os diferentes sectores de pessoal: ouvíamos o pessoal da limpeza, auxiliares entre outros. Tínhamos o Conselho Pedagógico a funcionar. Isso para mim era claro.

Assumi sempre a minha ideologia, sem misturar os vários papéis que desempenhei. Isto foi algo que me ensinaram na ETE [a não misturar os papéis]. Na escola, nunca ninguém me viu com um emblema. Chamavam-me ditadora, mas o que dizia era:

- Os alunos podem trazer todos os emblemas, excepto nazi. Agora, os professores podem pertencer ao partido que quiserem, mas ninguém entra na sala de aula com o respectivo emblema.

Nunca fiz campanha política na Escola. Costumo dizer, que não precisava de a fazer, bastava a minha posição na vida. Concorri em diversas campanhas eleitorais, nunca tirei licença para o efeito, mas meti sempre o documento para que ficasse registado para a história que tinha sido candidata. Tenho a honra de ter no meu currículo - *a Directoria Operacional de uma Campanha Presidencial* - . Nunca o tinha feito, embora tivesse colaborado em muitas campanhas. Fiz a campanha, defini objectivos e programei as actividades a desenvolver. A planificação é uma área muito desenvolvida por nós enfermeiras/os. Foi portanto um trabalho que me deu alegria e satisfação.

Fui candidata à Assembleia da República. Não é lugar que me agradasse muito, nem é a minha forma de estar, porque tenho necessidade do contacto com as pessoas. Costumo dizer que sou uma mulher do poder local. É aquilo que gosto

de fazer. Estou agora na Assembleia Municipal, devendo ser este o último mandato, pois completo, este ano, trinta anos de vida autárquica. Sou, pois, autarca e fui vereadora num grande centro urbano, cumpro o segundo mandato, a tempo inteiro, com responsabilidade na área de intervenção social, nos pelouros da Educação e da Habitação Social. O envelhecimento é uma, das problemáticas, sobre a qual nos temos debruçado. Vou propor também à Ordem dos Enfermeiros que formem um *Conselho Sénior*, com as enfermeiras que já se reformaram e têm tanto para partilhar.

Fui assessora no Ministério da Saúde. Nessa altura, pedi ao Ministério que me libertasse das funções de direcção da Escola Superior de Enfermagem, mas indeferiram-me o pedido sob o argumento de não se tratar de funções incompatíveis. Passei a ir lá, só em funções de gestão, pois praticamente tinha sido substituída. Ainda voltei mais um mês e alguns dias. Depois, reformei-me porque podia fazê-lo: tinha cinquenta anos de idade e trinta e sete de serviço. Estive, também, na Santa Casa da Misericórdia, na qualidade de Assessora do Provedor, para a área social.

Sou persistente. Não sou sectária e como democrata sempre que não concordo, tenho que o dizer. Se argumentarem e me convencerem pela palavra, muito bem. Venha o que vier, eu assumo. As pessoas que trabalharam comigo sabiam o meu apreço pela frontalidade. Tenho a certeza de que, com esta forma de ser e estar na vida, influenciei ideologicamente muitos jovens e os marquei para a luta. Respeito todas as pessoas, de todas as ideologias e formas de estar na vida.

Na enfermagem também sempre assumi o que era. Dei esse exemplo. Tinha a ideia de que os chefes tinham que dar o exemplo para exercerem o poder. Por exemplo, lembro-me de nos anos oitenta, estar na Câmara Municipal, ser vereadora na Área Social e a engenheira responsável pelas obras me telefonar com frequência para resolver algumas questões. Disse-lhe então:

- A Sr.^a pode ligar-me quando quiser, mas registe as horas a que o fez e a indicação telefónica dada pela vereadora. Porque há viver e morrer. Sou política, saio a qualquer altura, mas a senhora é funcionária e permanece. Acontece qualquer episódio de dúvida e depois, vai dizer que fui eu?

Mais tarde, conheceu outros vereadores que lhe perguntavam o porquê de escrever tudo. Respondia:

- Desde que uma vereadora que me explicou a importância disto, nunca mais dei-

xei de o fazer!

A escrita, os registos, a organização, as metas...

É a influência da enfermagem na política.

• **“A atitude assumida por nós não era comum às outras escolas”**

Qualquer aluno/a ou professor/a pode dizer que sou mais ou menos competente, mas, em tempo algum, pode afirmar que foram prejudicados pela sua ideologia ou vida privada.

Sabíamos quais eram os valores incutidos pelo Estado Novo: a submissão e o livre arbítrio do poder. Não fui neles. No comportamento era preciso parecer, não era ser! Era a imagem, a virgindade, a pureza, como se fossem santas. Como se isso fosse a pureza e tivesse algo a ver com conhecimentos. Interferiam profundamente na vida privada de alunas, professoras e empregadas. Muitas alunas de enfermagem foram chumbadas ou passadas, não pelas suas aprendizagens, mas pela forma como souberam ou não lidar com o ‘faz de conta’.

À época, aluna solteira grávida era motivo para chumbar e até ser excluída. Tive uma aluna que engravidou e veio dizer-me. Era boa aluna, não era por isso que não ia fazer o ano. Pensei “quando tiver a criança já tem o curso”, mas, para isso, precisava de ser a primeira a fazer as provas. Alguém tinha que assumir a responsabilidade. Assumi-a sabendo que estava a contrariar as normas pré-estabelecidas, que não estando escritas, conheciam-se bem. Antecipei os exames dela. Passou. É enfermeira e quando a criança nasceu deu-lhe o meu nome. Tenho muito orgulho nisso!

Agora veja-se, sendo o nosso ‘objecto’ de trabalho o corpo, ver o pé, o pénis, ou outra parte do corpo, é a mesma coisa, mas para as pessoas que viviam num mundo fechado, era complicado. Foi profundamente violenta e teve repercussões na relação pedagógica esta visão do Estado Novo.

Conto-lhe outro caso. À época, as admissões de pessoal não eram efectuadas por concurso. Precisávamos de uma funcionária e uma das interessadas no lugar disse-me:

- Sabe, tive uma vida pessoal difícil. Tenho uma filha de um homem com quem não pude casar.

Respondi-lhe:

- A sua vida privada não me interessa, tem é que cumprir no trabalho.

Hoje, tenho nela uma amiga. Era o jogo do 'faz de conta' e a tentativa de dominar o espaço privado, que sempre me incomodaram! Sempre respeitei a vida privada dos outros, e exigi que fizessem o mesmo, em relação à minha. Permitíamos que tudo acontecesse, desde que não perturbasse a relação no interior da escola. Predominava uma forma de ser e estar diferente, influenciada pela saúde mental que nos deu abertura, abrangência e aceitação das pessoas, enquanto tal. Mas a atitude assumida por nós não era comum às outras escolas.

• **“Tive algumas pegadas com as freiras”**

Muitas freiras prestavam cuidados, mas não eram enfermeiras. Lembro-me bem das dificuldades e de algumas pegadas que tive quando, em 1966, fui abrir a Escola de Auxiliares de Enfermagem, na Província. Não era administrada terapêutica aos doentes, aos domingos. Só tomavam medicação, ao sábado e ao domingo, os doentes que estavam muito mal. Os doentes com AVC³¹ estavam alojados junto à casa de banho, completamente abandonados, com a roupa cerzida...

Ensinei logo aos alunos que os devíamos respeitar e tratar, ou seja, recuperá-los para a vida. Proporcionei-lhes conhecimentos da patologia pela prática. Cuidámos estes doentes! Alguns ficaram a andar e a falar ou pelo menos, a perceberem-se algumas coisas. Respeitámo-los como seres humanos, que era uma coisa algo esquecida!

• **“A formação em enfermagem tem sido um processo cheio de tensões”**

Na altura, era necessário formar mais rapidamente. Investiu-se sobretudo, a nível da formação de auxiliares de enfermagem. Abriram-se várias escolas de auxiliares de enfermagem] a nível nacional, nomeadamente, na Guarda, Beja, Portalegre. A Enf. ^a Emília Maria³² Costa Macedo dizia até, que estávamos perante a 'diarreia de escolas'. Também era assim, na Europa. Por outro lado, os deputados na Assembleia Nacional exerciam pressão para a criação de escolas, nas regiões que representavam. Mais tarde, percebeu-se que o que estava na mente do Estado Novo era pagar menos. As auxiliares de enfermagem faziam tudo, inclusive noites.

³¹ Acidente Vascular Cerebral.

³² Era formada pela EESVP e foi interveniente activa na formação e exercício de enfermagem. Do seu Curriculum realçam-se vários cargos e funções no âmbito da prestação de cuidados e da gestão de Serviços de Enfermagem e de Escolas de enfermagem, nomeadamente EEAR e de EEAE.

Surgiu, então, um movimento a favor da passagem das auxiliares de enfermagem a enfermeiras. Assumo que me opus à passagem automática, mas fui a favor da formação. Lutei contra muitas colegas que eram a favor da transição automática. Digo com toda a franqueza, houve quem estivesse nesta luta, para não as deixar passar. Não foi, de todo, o meu caso.

Não quis a passagem automática por uma razão: se optássemos por esta forma, um ano depois da revolução passar, qualquer governo podia anular a decisão tomada. Fui a favor do reconhecimento das tarefas e dos conhecimentos e que se fizesse formação complementar nas outras áreas. Só assim os/as auxiliares [de enfermagem] seriam iguais entre as iguais. De outra forma seriam sempre diferentes.

Fui à Escola de enfermagem Artur Ravara. Estavam contra a minha posição, mas aguentei! Fiz um desenho no quadro e disse-lhes:

- Um dia mais tarde, vão ver que o que estão a dizer, não é verdade. Quem é elitista e reaccionário é quem vos apresenta '*facilitismos*'.

Lembro-me, claramente, das minhas palavras:

- A água não é igual ao vinho, a batata não é cenoura. A formação de três anos não pode ser igual a dezoito meses!

Diziam:

- Fazemos trabalho igual.

- Não. Vocês podem fazer uma tarefa igual. Por exemplo, podemos administrar um medicamento, a técnica pode ser perfeita. No entanto, tenho a obrigação de saber os efeitos, as reacções ao medicamento e a fundamentação. Podem ter aprendido pela prática, o que eu sei pela formação. Se assim é, vamos analisar as competências e dar equivalências. Vamos saber o que sabem e não sabem. Ao que sabem dá-se equivalência e, relativamente ao que não sabem, fazem formação. Não sabem sociologia, psicologia, fundamentação teórica de enfermagem e outras coisas. A formação tem que contemplar estas áreas lacunares. Só assim, quando terminarem o curso, o valor do vosso diploma é igual ao do meu. Fizeram o vosso curso. Se não vejamos:

- Leio os Diário da Republica e as leis e sei interpretá-los. Por isso vão dizer-me que tenho equivalência ao curso de direito? Não. Então, porque é que querem para o curso e para a nossa profissão uma coisa diferente? Não estou contra vós como pessoas, tive sempre esta preocupação, estou a abraçar uma profissão que

gosto. Não quero que, mais tarde, vos atirem o diploma à cara. A lei pode ser mudada daqui a dois ou três anos. Se tiverem a formação ninguém a vai tirar. Têm equivalência.

Estive contra a passagem automática e voltaria a estar. Lutei pela formação. Até estive na criação do Sindicato Nacional de Enfermeiros Diplomados. A formação em enfermagem tem sido um processo cheio de tensões.

À época, os docentes tinham uma formação e uma orientação diferente, em relação aos enfermeiros da prática. Foi necessário passar pela fase de dissociação da carreira: docência e o exercício. No pós 25 de Abril, a enfermagem hospitalar estava muito dependente dos sindicatos. Tanto que, o nosso país foi único: Retirou uma letra à carreira docente! Não há história dos sindicatos lutarem para diminuir o estatuto dos trabalhadores, como o fez com os docentes de enfermagem. Pela primeira vez na história das revoluções, e nas revoluções há sempre problemas, se lutou para tirar uma letra à carreira profissional! Isto foi histórico! Foi uma grande luta!

As pessoas esquecem-se disso, mas posso viver oitenta anos, que não me hei-de esquecer. Percebe-se que, depois, os professores não tenham querido nada com os sindicatos de enfermagem.

4.3. O futuro da enfermagem passa pelo exercício de cidadania

• “Falta de visibilidade! Foram anos sem se queixarem e sem falarem!...”

Para mim, é claro que a enfermagem foi influenciada e, ainda hoje, vive as consequências de ter sido exercida maioritariamente por mulheres. Era uma profissão exercida quase só no feminino, onde não se esperava profissionais, mas missionárias. Não é por acaso que Salazar, até 1963, não queria que as enfermeiras casassem. Assegurava assim, condições para se dedicarem inteiramente à profissão. Como se a situação de casadas impedisse a dedicação ao doente e família!

Cumpria-se uma missão no sentido ‘missionário’ e, portanto, a pagar mal. Como eram mulheres sempre foram desvalorizadas e ainda o são, embora a visão actual seja, no entanto, outra. Como mulheres tinham que ser submissas, obedientes, afectivas, sempre sem se queixarem e sem falarem. A enfermagem preparava para a subserviência, o dever cumprido, a obediência cega ao poder insti-

tuído e isso prejudicou a abertura da profissão. A enfermagem foi durante muitos anos prejudicada por esta visão.

Neste sentido actuavam as chefias. À época, transmitiam-nos os valores vigentes na sociedade. Reivindicar vencimentos, menos horas de trabalho ou férias, era falta de nível. Era a dedicação e submissão a esses valores e isso influenciou muito as enfermeiras para não reivindicarem e não saírem dos serviços. A falta da visibilidade da enfermagem tem muito a ver com a imagem construída das mulheres, a trabalhar no privado, entenda-se, na casa, e o homem no público. Os papéis que nos davam, mesmo na vida política, situavam-se na área da educação e do social, ou seja, a continuação dos papéis de mulher e mãe. No fundo, não era mais do que a transferência dos papéis do mundo 'privado'. Ainda agora, a enfermagem está a pagar por isso. As enfermeiras não aparecem, divulgam e publicam pouco. Até podem participar na vida política, mas não dão visibilidade à sua participação, e têm que o fazer. Têm que se afirmar, o que não aparece nos jornais, que não é editado ou publicado, não existe.

Por exemplo, em relação à D^a Palmira Tito de Morais, se não se fizesse o artigo no *Jornal Público*³³ grande parte das pessoas, não sabia nem conhecia, os seus contributos. Dei todo o material que tinha para se fazer o artigo. Se não dermos visibilidade aos/as enfermeiros/as quem vai dar?

Sei que ir à televisão é complicado, mas se nunca o fizerem não aprendem! Os enfermeiros e as enfermeiras têm que intervir mais na vida autárquica, seja em que partido for e devem exercer a cidadania nas organizações sociais.

• “Haja coerência e consequência nos actos!”

Se, à época, divisão entre a carreira docente e exercício foi necessária face ao estatuto docente, considero, na actualidade, que os enfermeiros no exercício da docência devem fazer carreira no hospital ou no centro de Saúde. Os/as professores/as não podem transmitir e ensinar, aquilo que não sabem, no sentido de ‘saber fazer’. A concepção teórica é muito importante mas o afastamento dos professores/as do campo de estágio é prejudicial para os/as alunos/as, para os/as professores/as e para a enfermagem. Pode haver necessidade apenas de uma ou duas professoras na escola para a investigação e concepção. Defendo a investi-

³³ “Maria Palmira Tito de Morais. A enfermeira que enfrentou Salazar na defesa dos direitos das mulheres”. *Jornal Público*, de autoria de Maria José Oliveira, publicado em 9 de Abril, de 2006, 18:19.

gação-acção. Para mim, se existe carreira académica é no terreno.

Os enfermeiros que estão nos hospitais são bons profissionais. Alguns estão até a fazer os seus mestrados e doutoramentos, mas não estão com a função de ensinar. Quem lhes dá tempo para a orientação e supervisão? Quem lhes paga? Sempre acompanhei os alunos em estágio, na prestação directa de cuidados. Fiz noites com eles e era Directora da escola. A formação deve ter em conta que a afirmação da profissão se faz no contexto dos cuidados e na comunidade.

Para além disso, deixaram abrir escolas privadas que ninguém sabe quem controla, acompanha e orienta os alunos em estágio. Ninguém sabe! Tenho receio da qualificação dos enfermeiros e dos cuidados que prestam. Não tenho medo da palavra controle. Quem controla os processos formativos? Quem supervisa?

Claro que tudo isto é uma crítica e um desafio ao ensino de enfermagem.

Lutei imenso pela criação da Ordem dos Enfermeiros e para que o ensino de enfermagem se integrasse no ensino superior. Entretanto, acho que houve enfermeiras que se inebriaram com o estatuto inerente à licenciatura, mestrado e doutoramento e deixaram de ver as coisas com lucidez. Quando se consciencializarem disso, perceberão da necessidade de ser coerente e consequente nos actos, como base da afirmação do ensino e da profissão de enfermagem.

- **“A formação em enfermagem deve incentivar ao exercício da cidadania”**

Para mim, ser enfermeira é participar no trabalho da comunidade, porque as pessoas são o nosso ‘objecto’ de trabalho e elas estão maioritariamente na comunidade.

É aí que nós falhamos. Há um outro papel para desempenharmos, enquanto enfermeiras. No mundo da grande urbe pode ser mais difícil, mas porquê é que a enfermagem nas terras mais pequenas não participa nas Câmaras, por exemplo, na discussão dos Planos Urbanísticos? Ora, não o fazemos e, temos formação para isso. Se intervirmos a este nível mostramos a abrangência da profissão. Caso contrário, a comunidade vê-nos apenas a cuidar do doente. Nós fomos as primeiras a fazer Saúde Pública, trabalho na comunidade e com a comunidade!

Os sindicatos reivindicam salários, menos horas de trabalho, mas nunca espaço de intervenção. Não vejo as enfermeiras/os a lutarem por essa área. São as mais antigas que o fazem. As enfermeiras continuam a viver muito para a enfermagem, mas devem trabalhar com profissionais de outras áreas. Isso enriquece-nos.

Não sei se na actualidade, a formação prepara, mais e melhor, para a intervenção na comunidade e na cidadania, mas devia fazê-lo. Acredito nos jovens, na sua actividade e capacidade, mas é preciso que intervenham na comunidade. Por exemplo, se defendem a interrupção voluntária da gravidez, devem afirmá-lo sem receio. Devem defender o exercício da cidadania, participar nas colectividades, ser autarca, concorrer na vida política. Este passo não foi dado e temos que o dar.

Na actualidade, os valores da sociedade orientam-se para o prazer imediato, para as respostas às solicitações do dia-a-dia e para o êxtase total, como se não houvesse futuro! É concerteza uma fase que irá passar. As pessoas perceberão que têm que lutar, por elas próprias, por melhor vida, melhor cidadania e melhor poder político. Acredito que as pessoas virão a participar mais na vida política.

Também as escolas têm responsabilidade, mas compreendo e vou dizer uma coisa politicamente incorrecta: se as pessoas que estão à frente das escolas não participarem, não acreditarem e não defenderem estes valores enunciados, jamais o poderão transmitir aos alunos, para que eles o sintam e vivam. Acredito nos saberes da geração que está a entrar na vida sénior, mas penso que as gerações mais novas têm um papel muito importante. Se os/as enfermeiros/as não se unirem na defesa da profissão, se o ensino se deixar diluir no ensino superior e não se autonomizar pelos seus saberes, corremos o risco de a, curto prazo, nos dizerem que não somos necessários.

A afirmação não se faz por acharmos que somos necessários, mas antes pelo reconhecimento da nossa importância por parte da comunidade. Implica a nossa integração efectiva em equipas multidisciplinares. Não andemos atrás do adquirido. O que está, já está. Agora, qual é o desafio que se nos coloca? Que a população reconheça a nossa necessidade e especificidade! E isso cabe-nos a nós! A formação tem que evoluir nesse sentido. Cabe-nos a nós definir as regras através da participação activa.

Da minha parte, sinto que, sendo sénior, tenho tentado acompanhar a evolução do mundo, da política e da formação e profissão de enfermagem. Sou feminista, activista da cidadania e tento ser coerente consequente nos actos. Isso faz-me feliz, gosto de viver, participar e estar. Quero participar nas mudanças que desejo para um país mais moderno, europeu e sem desigualdades.

5. CORREIA SANTOS, NO TRILHO DE UMA FORMAÇÃO CRÍTICA E EMANCIPATÓRIA

5.1. Relembrando o vivido desde a infância ao curso de enfermagem

• “Imagens do meu mundo...”

Início a relembrar os mundos de onde venho. Sou uma filha, mais ou menos do meio, de entre cinco irmãos. O meu pai iniciou a sua actividade profissional numa tipografia. Mais tarde, já na década de cinquenta, estabeleceu-se por conta própria, abriram uma papelaria.

O meu pai envolvia-se em questões políticas e tinha muitos problemas com a igreja. Fico um bocado na dúvida se estes problemas advinham de estar conectado com a sua postura, porque persiste a lembrança de ter sido um homem monárquico, mas que também fez a guerra, em Espanha. Não sei muito bem. Recordo-me, sim, de ter algumas questões políticas com grandes senhores, nomeadamente com um irmão do Dr. Francisco Sá Carneiro. Com os padres, também havia alguma sensibilidade, e da qual me recordo lindamente. Até porque éramos das poucas famílias que, na Páscoa, não abriam a porta ao Compasso e isso marcou-me profundamente. Chegou a ter problemas no desenvolvimento da sua actividade comercial.

Era uma pessoa muito determinada, que me marcou muito. Recordo-me de ter sido ele, que teve as primeiras conversas comigo e de me ter feito algumas recomendações quando comecei a namorar, por volta dos quinze anos. Tenho este episódio muito presente porque, na altura, foi um acto muito formal. Estávamos no quarto, encostados à cómoda, e ele chamava-me atenção para que, na relação de namoro, não frequentasse determinados locais. Era a altura dos parques, o parque da cidade.

A minha mãe era uma mulher sem grandes habilitações, mas que desde sempre trabalhou ao lado do meu pai, ajudava-o no comércio de papelaria. Saia de manhã e vinha à noite para casa. Portanto, tenho da minha mãe a imagem de uma mulher que teve os seus filhos em casa, com a ajuda de uma parteira, mas ao mesmo tempo a trabalhar ao lado do marido. Era uma empregada a tempo inteiro, uma mulher solteira, que ajudava a cuidar de nós. Ainda é viva, e estimo-a muito, até porque criou também os meus filhos. Ia às compras, à feira, com um grande cesto. Recordo que nós comíamos bananas às quintas-feiras e bolo ao

domingo.

Nas férias ia para os meus avós, onde tive a possibilidade de conviver nos serões da aldeia. Íamos com a minha tia para uma vizinha, onde jogávamos cartas, contávamos histórias e adivinhas e fazíamos *tricot*. Comecei aí, a aprender o sentido da partilha e o valor dos saberes populares e da convivência.

Tive um trajecto escolar muito feliz em termos de relação com as professoras. Recordo a minha professora primária com quem tive relações intensas...

Fiz uma primo-infecção respiratória e fui para a casa dela curá-la. Na altura, indicavam-se, sobretudo nestas situações, os 'bons ares' da aldeia. Até ao quinto ano liceal, frequentei um colégio de meninas, estávamos na década de cinquenta. Como se calcula, o colégio dos rapazes não era, nem sequer na mesma rua, mas convivíamos através de brincadeiras nos jardins, nos piqueniques que, à época, eram famosos, e nos bailes realizados em associações. Convivíamos e nunca me senti muito punida, por parte dos meus pais. Talvez por terem a papelaria, que se situava na proximidade desses colégios, e conviverem com muitos jovens de ambos os sexos.

Entretanto, à época, porque era bonito e estava na moda as raparigas que faziam o quinto ano ingressarem na escola do magistério primário, fiz exame de admissão, mas reprovei. "O que é que eu vou fazer?" pensava eu. Ficar em casa era um bocado complicado, porque as condições financeiras não eram famosas e éramos cinco filhos, numa época de pós guerra. As crises económicas na papelaria começaram a surgir. Recordo de o meu pai ter um problema cardíaco e de pensar:

- "Tenho que fazer alguma coisa pelo meu pai!"

Fui com a empregada buscar a médica. Momentos que recordo como se fosse hoje...

Todas estas vivências marcaram-me bastante e, ao mesmo tempo, incutiram-me um sentido de responsabilidade pela minha vida. Acho que absorvi três dimensões por influência do meu pai: a gestão, um certo espírito empreendedor e de luta, de andar para a frente e a tolerância. Portanto, se tinha reprovado, na admissão ao magistério, tinha que arranjar outra coisa.

• **"Admirei-me por as monitoras estarem todas metidas no lar connosco"**

Eu e uma amiga resolvemos, então, entrar em enfermagem. Nunca tal me tinha

passado pela cabeça! Depois, contarei um episódio que denota bem essa questão. Na altura, as classes sociais diferenciavam-se bastante, notava-se bem quem eram os ricos e os menos ricos. Não me considerava, à época, propriamente pobre, mas lembro-me que me envergonhei muito, quando entrei na escola. Era obrigatório levar o enxoval bordado com os apelidos, aspectos que, hoje, associo ao passado religioso da enfermagem. Levava-o numa mala, mas os lençóis, esses, iam em dois sacos de sarja azul, tipo ganga. Entrar na escola, assim, não foi agradável, sentia-me mais pequenina do que os outros. Ao mesmo tempo, também me senti, devo dizer, muito gratificada, porque entrei com o quinto ano e, nesta situação, só éramos duas no nosso curso. Senti-me de peito cheio, como se costuma dizer, toda vaidosa. Fiz o meu curso com bolsa, a pagar quando entrasse na profissão. Éramos cinco filhos, a vida não era fácil, portanto achei que devia ser eu a pagar o curso, utilizando o estatuto de bolseira. Depois de concluído o curso, a bolsa era descontada no ordenado.

Logo à entrada da escola encontrei duas senhoras, só mais tarde, soube que eram a directora da escola e um dos membros do Conselho de Administração. Na altura, a escola era tutelada por um órgão constituído pelo Administrador do Hospital, que presidia, pela enfermeira directora do hospital, não sei se à altura, se chamaria assim, e pela monitora chefe. Perguntaram o nome e eu lá disse:

- Ana.

Responderam-me de imediato:

- Ana's e Marias há muitas. A partir de agora, a senhora passa a ser Correia Santos.

O tom de voz era determinante e categórico. Estremeci! Tinha à época, dezasseis anos, era uma menina, uma jovem. Ser tratada por 'senhora', pelo sobrenome Correia Santos, e com a rigidez com que tudo me foi dito, chocou-me imenso. Até aqui, o meu nome era Ana e todos me chamavam de Anita ou Ana, mesmo os meus professores da primária e do liceu.

Entre numa escola de enfermagem, mas de novo feminina e com um lar acoplado! Estávamos no início dos anos sessenta. É engraçado, porque não convivíamos com alunos, homens, de enfermagem, mas convivíamos com os de medicina. Havia muitas aulas práticas e, aí, tínhamos os nossos 'piscar de olho' e estabelecíamos alguma relação com estudantes da medicina, ainda que distanciada.

Até porque se tratava de relações entre estudantes de medicina e estudantes de enfermagem.

A escola-lar era uma bonita casa, que ainda existe na Rua Álvares Cabral, onde funciona actualmente a Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto. A escola funcionava no piso de acesso e nos andares superiores funcionava o lar, onde havia quartos e camaratas. Os primeiros, geralmente, eram destinados às monitoras, que à época, faziam serviço ao lar. As alunas ocupavam as camaratas, com a particularidade de irmos subindo, da camarata para os quartos mais pequenos, à medida que progredíamos no curso. Fiquei numa camarata das mais maiores, a camarata dos espelhos.

A vigilância do lar estava a cargo das monitoras, curiosamente eram mulheres solteiras. Só mais tarde, a monitora chefe era casada. Não me lembro de ter alguma monitora casada. É engraçado, no liceu tive professoras casadas e na escola de enfermagem eram todas solteiras. Não valorizei muito, mas chamou-me a atenção, ainda mais, pelo fenómeno das monitoras estarem 'todas metidas' no lar connosco! Aquela situação era diferente de outros lares que conhecia, nomeadamente os universitários, em que, geralmente, ou eram freiras ou regentes que os supervisavam. Claro que também chamava atenção por sabermos que eram professoras e, portanto, não podíamos pôr o pé na argola, tínhamos de ter cuidado redobrado, até porque havia o castigo.

À época, eram objecto de castigo, sobretudo, o mau cumprimento dos horários de apagar as luzes, andar nos corredores fora de horas ou alguma desobediência, entre aspas, deste tipo. Podíamos ficar um ou dois fins-de-semana sem sair, o que era muito, pois estávamos ali, toda a semana. Durante a semana, podíamos sair até às sete horas e, ao fim-de-semana, até às dez. Mesmo de regresso de fim-de-semana, tínhamos de ter imensos cuidados para não nos atrasarmos.

Era, pois, um lar com uma série de regulamentação bastante rígida, a que chamavam 'normas de conduta' ou uma coisa do género. Quase fazia lembrar o regime militar. Para além dos horários estarem estabelecidos, exigiam autorização dos pais para sair e tinham uma empregada sempre a controlar a porta. Era tudo muito rígido. Por exemplo, entrávamos no refeitório, sentávamo-nos e levantávamo-nos todos ao mesmo tempo e a aluna que estava encarregada de rezar as orações tinha que previamente pedir autorização às monitoras, que ocupavam uma mesa diferenciada, ao fundo do refeitório. E, pelo menos uma vez por sema-

na, o administrador do hospital, o equivalente na actualidade ao Presidente do Conselho de Administração, ia lá almoçar.

Portanto, eram condutas mesmo muito acentuadas e quando se fugia a alguma regra, mesmo às mais básicas, como no vestir, éramos logo chamadas atenção. A bainha das saias tinha que ser abaixo do joelho, tudo tinha que seguir a norma. Na altura, estavam na moda as meias às riscas, pelo joelho, lembro-me da monitora de serviço me chamar a atenção por isso. Podiam chamar-nos à mesa delas, para criticarem a forma como vestíamos, num horário que, no fundo, só era nosso com autorização. Contudo não se pense que cumpríamos integralmente as regras, também violávamos algumas normas, entre elas, 'o ataque' ao tabuleiro com refrescos e bolachinhas, que as empregadas levavam para as senhoras monitoras. Elas ficavam muito preocupadas e diziam-nos:

- Meninas não podem fazer isso!

Mas a verdade é que fazíamos, porque achávamos que eram regalias muito diferenciadas entre nós e as monitoras. Por exemplo, havia o hábito no fim da refeição, as monitoras virem para uma sala, onde conviviam e tomavam, em privado, o café ou chá e o biscoitinho, que a empregada ia buscar. Isto poderia ser feito também para as alunas, mas não só não era feito, como não havia sequer um bar onde pudessemos tomar algo. Havia sim, um belo quintal onde convivíamos muito. O convívio foi qualquer coisa que nunca esquecerei, como não esquecerei as tropelias ao instituído que, consciente ou inconscientemente, foram feitas por nós. Com o decorrer dos anos, fui notando que era uma menina especial, mimada pelos pais. De regresso dos fins-de-semana, levava sempre o meu farnel e às escondidas fazíamos piqueniques, na camarata, o que muitas vezes dava azo a castigo. Lembro-me, de ocuparmos já o terceiro andar, e estrelarmos ovos nos ferros de engomar. Estávamos atentas e, quando sentimos os pés da monitora enfiámos a colega e o ferro dentro do roupeiro. Essa monitora fazia a orientação do estágio de pediatria, era solteira e caracterizava-se por estabelecer uma relação que nós considerávamos má, fria, tensa. Era uma mulher completamente desprovida de afectos, por isso, chamávamos-lhe 'solteirona'. Apanhou-nos e o castigo foi mesmo duro. Estivemos as três que estávamos na camarata, três fins-de-semana sem poder sair. Uma das colegas acompanhou-me sempre, nestas tropelias. É engraçado, ainda hoje, se mantém solteira.

O lar, portanto, marcou-me, quer pela positiva, na medida em que incutia alguns

critérios de responsabilidade, tínhamos que deixar tudo arrumado antes de sair, quer pela negativa, dada a rigidez de princípios e imposição de castigo, que não sendo corporal, era bastante acentuado. Apesar de tudo, havia excepções. Lembro-me de uma das monitoras namorar e, quando estava de serviço, o namorado ia ter com ela e ficavam na salinha do café. Não chegou a casar, é a vida. Tivemos uma história engraçada passada com ela, que relaciono com as questões de género e o estado civil e que foge ao esquema social dominante, ou se quisermos, aos estereótipos. À época, ela e mais cinco ou seis colegas minhas vieram para a minha casa, para irmos todas a uma festa bastante conhecida que havia na minha terra. Acompanhou-nos em tudo, foi connosco ao bailarico e, quando entrámos no lar, levávamos os sapatos na mão, para não fazermos barulho, porque o comboio se tinha atrasado. No dia seguinte, defendeu-nos junto da colega que estava de serviço.

Tive, assim, dois modelos opostos. Um, o mais frequente, constituído por mulheres solteiras, sem vida privada, quase rígidas, e de poucos afectos. Embora numa ou noutra, entre as que tinham sobrinhos, fossem por vezes mais perceptíveis. Passavam ali os fins-de-semana, não saíam para conviver com outros mundos, limitavam-se um pouco ao lar e ao que estava à sua volta. No fundo, devia ser muito marcante. Estavam presentes todos aqueles esquemas que nos bastidores dizíamos 'é mesmo solteirona'. Eram rígidas, mesmo nas orientações da prática, o ensino era muito normativo e regulado. Eram quase todas assim, com uma ou duas excepções muito acentuadas. Recordo a Prof.^a de Saúde Comunitária, que ia para a rua e tomava café connosco. Era alguém que devo distinguir por não ter nada a ver com o perfil anteriormente mencionado.

• **“Apesar do modelo de formação ser muito normativo, fui bem estimulada”**

O meu curso seguiu um currículo bastante reformista, atendendo a que estávamos no início da década de sessenta. À época, para além das áreas biomédicas, já integrava a sociologia e a psicologia. Abordava-se também a saúde pública, o ensino e a administração, o que só acontecia em algumas escolas. As áreas da medicina, sociologia, química, farmacologia e anatomia eram leccionadas por professores, homens. Um deles era um homem bem bonito, as alunas encantavam-se, mas nada aconteceu. Não passava de encantos. Enquanto isso, a enfermagem era leccionada por mulheres.

O modelo de formação, à época, era muito normativo, mas também tinha dimensões muito estimulantes. Considero que fui bem estimulada. Sabíamos que não nos podíamos sentar nas camas dos doentes, mas eram-nos explicadas as razões. Primeiro, pelas questões de higiene hospitalar que, na altura, eram precárias, mas inculciam-nos esse sentido; e segundo, por questões de comodidade para o doente. Eram-nos expostas, também, as razões pelas quais não podíamos usar brincos, anéis ou unhas pintadas. Considero que na actualidade, este teor de explicação na formação, está esbatido...

Os horários eram 'sagrados', muito em prol do bem-estar dos doentes. Lembro-me de termos que apresentar os relatórios das visitas de estudo que fazíamos e que, sendo uma prática imposta obrigava-nos a parar e reflectir sobre o que víamos e ouvíamos e integrar os aspectos fundamentais. Analisávamos e retirávamos o que interessava para a nossa formação. Portanto, quando a elaboração do relatório deixou de ser uma norma, também se perderam várias coisas. Os professores, actualmente, não o exigem por considerarem que estão a 'sacrificar' os alunos por uma mera visita de estudo. Penso que devem ser entendidas como um espaço de aprendizagem, e por tal, supostamente com implicações na formação do aluno. Devem ajudar os alunos a perceber o sentido das exigências e dos cuidados de enfermagem na instituição A, B ou C. Portanto, a elaboração do relatório, que era uma exigência, integrava-se no desenvolvimento dessas competências, tal como acontecia com a visita domiciliária.

Fazia-se uma abordagem óptima da Saúde Pública. Na altura, seguíamos sete ou dez famílias e procedíamos aos registos todos, nas fichas concebidas para o efeito, pois as coisas eram bem reguladas pelo sistema do Instituto Maternal. Não havia, de facto, muito para variar, porque tudo estava determinado, não tínhamos muito trabalho em pensar, mas quem quisesse, pudesse e soubesse, poderia integrar os conhecimentos, porque também eram momentos densos de aprendizagem. Tudo isto inculcia-nos um certo sentido de ordem, não sei se de uma ordem pré-estabelecida, mas era um sentido importante para a profissão e para quem estava a consolidar processos formativos, sendo tão jovem, sensivelmente entre os 16 e os 18 anos.

A formação não se cingia ao domínio restrito da prestação directa dos cuidados. Procurava-se extravasar um pouco mais e preparar a enfermeira para falar e participar em intervenções públicas. Na altura, tínhamos que fazer apresentações no

centro de saúde e nas juntas de freguesia, por exemplo. Bem sei, que não eram situações generalizadas a nível do país. Eram iniciativas muito localizadas. Mais tarde, tive oportunidade de representar a Direcção Geral dos Hospitais, em provas de exames noutras escolas e notava diferenças ao nível da formação.

Passava-se mais de metade do estágio na comunidade. O contacto directo com a comunidade era o ponto dominante do estágio, na lógica que, hoje, chamamos de 'proximidade ao cidadão'. Levávamos na mala de visitação domiciliária, alguns medicamentos passíveis de serem prescritos pelo enfermeiro, nomeadamente, em casos de febre ou de urgência. O mesmo acontecia em relação aos leites modificados, em que fazíamos a prescrição provisória, confirmada posteriormente pela prescrição médica. O instituto maternal tinha alguns protocolos definidos para estas situações.

Intervínhamos em zonas degradadas, pobres e com problemas sociais graves, mas isso fazia-nos desenvolver imenso. Éramos novas, mas assumíamos a responsabilidade do contacto directo com a comunidade. Havia zonas em que sentíamos alguns receios, mas também havia muito respeito. Usávamos uniforme e no casaquinho tínhamos o emblema da escola de enfermagem, talvez fossem os símbolos, sobretudo o uniforme, que determinavam esse respeito, embora, por vezes, nos confundissem com o serviço social. Nunca senti medos, as questões de marginalidade, que hoje, se colocam, não existiam, na altura. Havia sim, problemas de álcool, miséria, muita pobreza, por exemplo, sete pessoas, pais e filhos, a dormir no mesmo compartimento. O contacto com a comunidade era extremamente formativo. Foi aí, que comecei a aprender o verdadeiro sentido da compreensão das necessidades da comunidade, o que ainda hoje valorizo.

A competência profissional era realçada e veiculados o 'saber estar' e o 'saber ser'. Recordo-me que, nos estágios, se cultivava a racionalidade científica e a exposição crítica. Era norma, sentarmo-nos numa cadeira, ao lado do doente e conversarmos com ele. Era valorizado, havia até um item, em que se avaliava se conversávamos ou não, com o doente. Saber se ele estava bem, era norma obrigatória. O primeiro contacto era efectuado sem nada nas mãos. Íamos todos cumprimentar os doentes e saber como passaram a noite. Isto era para mim uma 'norma' e um princípio básico saudável, pois, realmente, não se estava com o doente desde a véspera. A norma tem aspectos negativos, mas também tem positivos.

Prevalecia o sentido de cuidados de enfermagem, orientados fundamentalmente para a protecção do doente de infecções cruzadas e para o conforto. Não se falava ainda em 'cuidar' em enfermagem, mas os cuidados centravam-se na dimensão global do ser humano. À época, já se trabalhava com a história de enfermagem e faziam-se registos. Recorria-se à apresentação de casos com muita frequência, mas não se valorizava o que vulgarmente chamamos 'pieguices' ou carinhos exagerados. A apresentação era estruturada tendo por base os problemas, o plano de acção e a avaliação, ou seja, as 'três colunas', como ainda costumo dizer. Era inculcada determinação nos cuidados de enfermagem, nomeadamente, no que se referia ao planeamento e aos registos rigorosos.

Eram concepções que ultrapassavam bastante a noção de cuidados prestados naturalmente pelas mulheres. Impunha-se o rigor técnico e o domínio dos princípios teóricos norteadores das práticas. Formei-me, pois, segundo um modelo de maior racionalidade e reflexão, que contribuiu para a reconceptualização dos cuidados de enfermagem e da sua representação, o que não era, de facto, vulgar. A influência da monitora chefe da nossa escola, que era formada pela Escola Técnica de Enfermeiras (ETE), onde estes aspectos eram fortemente valorizados, fez-se notar. Morreu na fase final do meu curso, mas do pouco que conheci, era uma mulher muito rígida, mas pareceu-me muito sólida de conhecimentos e tecnicamente perfeita. Também em termos de organização me pareceu muito boa. Tudo na escola estava metodicamente organizado, provavelmente excessivamente organizado. Era uma casa senhorial bem cuidada, nomeadamente no que se refere aos nossos espaços. Penso até, que a escola fazia questão disso e, de certa maneira, essa senhora enfermeira reproduziu, na nossa escola, o modelo da ETE. Foi a transposição de um modelo de alguém, que foi bolseira, fez formação em enfermagem, na América e regressou com outras ideias. Aqui, está o exemplo claro, da acção política local, neste caso de uma mulher que foi educada e viveu num país, com uma cultura e evolução social diferente da nossa. Foi uma intervenção, que talvez, inicialmente, não passasse do nível local, mas que se foi difundindo.

• **“As questões do corpo assumiam expressões simbólicas muito fortes”**

Lembro-me que fiz estágio em alguns serviços de homens, mas poucos. Não fazíamos algaliações a homens, mas é engraçado, porque fazíamos, por exem-

plo, enemas e tricotomias como preparação para a hérniorrafias crurais. Estava pois, em questão, apenas, o órgão genital e, não a restante área perineal. Quando era necessário algaliar homens nos serviços de medicina, penso que se chamavam os enfermeiros de urologia. Os serviços de urologia, aos quais não tínhamos acesso, eram chefiados por homens. Portanto, as questões do corpo assumiam expressões simbólicas muito fortes na formação e no exercício profissional.

5.2. Construindo um percurso profissional entre a gestão e formação

• “Comecei muito cedo a desenvolver as minhas competências de gestora”

Acabei o curso muito nova, mas fui logo, responsável por uma equipa de enfermagem de um serviço de urgência, constituída por elementos dos dois sexos. As enfermeiras formadas pela Escola de Enfermagem de S. João, fizeram percursos bastante expressivos, um pouco por analogia com as que se formaram na ETE. À época, as últimas ocupavam os lugares de maior destaque, seguidas por nós.

Antes de assumir tais responsabilidades, fui fazer um estágio de integração, num serviço e num hospital de nível similar. Aconteceu-me aqui, um episódio que, tal como referi no início, *'mea culpa, mea culpa'*, se fosse enfermeira de campo, não sei como seria. Já durante o curso tinha desmaiado, numa das vezes que entrei na sala técnica, talvez pelo cheiro. Aqui, apareceu uma mulher acidentada, com o rosto aberto a meio e tive que sair para ir vomitar.

Competia-me fazer a distribuição dos doentes de OBS e dos que estavam no corredor, distribuir os enfermeiros pelos postos de trabalho, identificar a necessidade e proceder ao reforço de pessoal sempre que necessário, e assegurar que a esterilização seguisse atempadamente. Simultaneamente prestava cuidados. Sempre que havia algum problema com a equipa médica e que tinha que ser comunicado à enfermagem, era tratado comigo. Convivi bem com estas funções, fui bem aceite e entendi-me bem com o enfermeiro chefe. Acho que fiz um bom trabalho.

Houve, contudo, uma coisa que me custou sempre muito por se tratar de uma subalternidade marcada da enfermagem e que se prendia com o descanso nocturno. Ficávamos na rouparia, semi-encostadas em colchões, era uma coisa 'do outro mundo'. Enquanto isso, aos médicos disponibilizava-se uma enfermaria de OBS, para dormirem e, quando era preciso alguma coisa, íamos chamá-los. Essa questão revoltava-me, resmungava e dizia, sempre, ao enfermeiro chefe que

aquilo tinha que se alterar, embora não o conseguisse enquanto lá estive.

Durante o ano em que trabalhei neste serviço, encontrei situações muito difíceis, muito complicadas, mas que me ajudaram desde muito nova a desenvolver competências como gestora.

Mais tarde, a instalação de uma escola e o seu desenvolvimento foi o culminar de pôr à prova as competências de gestão, quer pedagógica, quer de recursos humanos, quer financeira, quer do próprio património. Vivendo um modelo de gestão muito centralizado na figura da directora, tentámos dar 'alma' ao projecto de escola. Estando sempre atentos aos sinais exteriores, procurámos construir com os professores e restante equipa uma forma determinada e determinante de estar na formação com visibilidade para o exterior.

• **“Vivi um processo de integração ao ensino bastante facilitado”**

À época, as monitoras constituíam uma camada da elite, muito considerada e respeitada, nomeadamente pelos médicos e directores de serviço. Vivemos essa época, até bastante tarde. Notava-se, então, uma diferenciação em relação aos enfermeiros da prática. Mais tarde, a massificação das especializações em enfermagem e dos cursos complementares promoveram a proximidade.

Convidaram-me, pois, para trabalhar numa escola de enfermagem e eu aceitei. Tive uma integração facilitada, porque fui com uma amiga minha, as duas éramos bastantes jovens, tínhamos feito o curso há um ano. Na altura, fui em regime de destacamento e assim estive cerca de cinco anos. Desta forma, pude progredir na carreira hospitalar, tendo para isso submetido a vários concursos, até decidir enveredar pelo ensino. Neste sentido, tive a vida um bocado facilitada em termos de segurança. Embora não houvesse inter-penetrações entre a carreira hospitalar e de ensino, o exercício da actividade docente por via de destacamento proporcionava-me estabilidade, pois tinha a carreira hospitalar em aberto.

As pessoas com quem trabalhávamos, duas professoras, estimavam-nos muito, acarinhavam-nos, trataram-nos com aquele 'instinto maternal' ligado à condição da residência. O lar que era a nossa casa. Todos os conselhos vinham dessas duas pessoas que eram já monitoras, enfermeiras, solteiras e com quem ficámos a trabalhar. A própria directora, a monitora chefe da escola, também era uma pessoa bastante compreensiva. Como mulher casada tinha uma perspectiva de vida diferente daquele sufoco que era viver só em torno da profissão e do lar.

Estava casada com um militar, mas não se notava, porque sendo uma mulher de princípios era bastante aberta e 'arejada'. Pregou até, algumas partidas quando me casei. Encheu-me o frigorífico com coisas, com géneros e deu-me os dias que foram possíveis. Foram estas três coisas que me ajudaram, no fundo, a uma boa integração no ensino.

5.3. A formação: dos contextos às descobertas

• “Vivi espaços/momentos de formação ímpares, mas tive muitas dificuldades”

Para além do Curso Complementar, secção de Ensino e Administração, que foi um marco no meu desenvolvimento pessoal e sócio-profissional, pelo que adiante será retomado este assunto, tive oportunidade de viver espaços/momentos de formação ímpares. Em 1977, fui bolseira pela OMS, por indicação do então Presidente da Administração de Saúde, do distrito da minha escola. Também ele se constituiu uma referência na área da Saúde Pública. Assim, na qualidade de bolseira, visitei algumas escolas de enfermagem, em Lyon, Genève e Lausanne.

Em Lyon, na Escola Internacional de Ensino Superior de Enfermagem tive oportunidade de trabalhar com duas grandes referências teóricas da enfermagem, como o eram Françoise Collière e Stussi. A primeira, no domínio da enfermagem comunitária e a segunda, em termos de processo de enfermagem. Em Genève, na École Genevoise d'Infermières du Bon Secours” contactei com Rosette Poletti. Aí, a formação baseava-se no modelo de Calista Roy. Estive, também, a sede da OMS. Sem dúvida alguma, muitas aprendizagens foram feitas no âmbito desta visita, marcada por uma grande abertura a novas e inovadoras experiências, não só no domínio do ensino de enfermagem, mas também em termos de Saúde Comunitária e de voluntariado. Neste último domínio, em Lausanne, conheci os desenvolvimentos levados a cabo pela Cruz Vermelha Suíça. Contactei aí, com a enfermeira Duvillard, Presidente da Associação de Enfermeiros e Enfermeiros Diplomados, uma organização de carácter profissional.

Claro que, sozinha, noutros mundos 'chorei baba e ranho' pelos meus filhos e pelo meu marido.

Em meados da década de oitenta prossegui a minha formação especializada, na área de Saúde Pública, na então, Escola Pós-Básica do Porto, como aluna auto-

proposta. Agora já a formação se encontrava mais descentralizada. Entretanto, no exercício das minhas funções fui-me apercebendo dos sinais do tempo e decidi fazer o 12º ano de escolaridade.

Em 1990, iniciei o Mestrado em Ciências da Educação. Mais uma vez, a enfermeira Mariana Dinis de Sousa me incentiva à formação. Telefonou-me a dizer que o Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde tinha acabado de assinar um protocolo³⁴ com a Faculdade de Ciências da Educação de Lisboa (FCEL) e que era fundamental, não só a demonstração do nosso interesse, como a afirmação das nossas competências. Este facto era tanto ou mais importante na medida em que a FCEL era o primeiro estabelecimento de ensino superior público a 'abrir as portas' aos enfermeiros para fazerem os seus mestrados, tendo a equivalência à licenciatura como habilitação de acesso. Todas as outras universidades mantiveram-nas 'fechadas', alegando que os Cursos de Especialização em Enfermagem (CESEE) não eram licenciaturas. Os enfermeiros que até aí, acediam a mestrados possuíam licenciaturas em diferentes áreas.

Iniciei, assim, esta nova etapa da minha vida. Recordo, poucos dias após o início do curso, o Coordenador, o Prof. Doutor António Nóvoa, nos questionar sobre as expectativas e motivações e de eu ter dito que estava ali, um pouco 'empurrada', mas brevemente encontraria as minhas motivações. Como também recordo, poucos dias passados sobre o episódio relatado, termos sido abordados no sentido de começarmos a pensar na problemática da dissertação. Não sabia o quê, mas estava para mim claro que iria incidir numa área problemática de interesse para a minha escola. E, assim, foi. Não investiria num trabalho de cariz meramente académico, dele deveriam resultar mudanças concretas em contexto de trabalho. Fui das primeiras enfermeiras habilitadas com a equivalência à licenciatura a fazer o Mestrado, em Portugal. Contudo, foi uma fase muito complicada. Tinha os filhos a entrar nas faculdades e mantinha as funções de directora da escola. Saía à quarta-feira e regressava ao sábado às duas horas da manhã.

Toda a formação foi efectuada à distância do meu local de trabalho. O facto de ser mulher, obrigando a um trabalho redobrado, associado à periferia deu origem a um desgaste que se foi acumulando ao longo dos anos. Deste modo, em 1999,

³⁴ Segundo informação da senhora enfermeira Isabel Soares, este protocolo foi desenvolvido na sequência do projecto ProSalus.

ainda iniciei o doutoramento, mas por variadas circunstâncias da vida não consegui terminar...

• **“As boas relações com os professores marcaram a minha vida”**

As boas relações que estabeleci com os professores, quer como aluna, quer como profissional foram um dos aspectos que muito me marcou ao longo da minha vida. Recordo o Prof. Casimiro. Era um homem que impunha respeito, muito interessante, dotado de uma enorme experiência e de óptima relação. Lembro-me de no exame de estado se meter comigo. Mandou-me descrever os sinais de Celsus³⁵, acrescentando que se respondesse correctamente daria o exame por concluído. Sobre o rubor, que me escapava à memória, disse-me:

- Que tal uma bela de uma bofetada?

Rapidamente me lembrei e acabou o exame.

Lembro-me de outro episódio passado com o Prof. Joaquim Bastos, o director da Propedêutica Cirúrgica, que me marcou bastante. Os alunos de medicina metiam-se connosco, chamavam-nos as ‘*Shweps’s*’, porque usávamos um quepe com o formato, realmente, duma cápsula ou carica. Um dia, vi o Prof. Joaquim Bastos, no corredor, a chamar um grupo de alunos. Tinham saído de uma aula, iam a fumar pelo corredor e deitaram priscas ao chão. À época, as questões do tabaco não se colocavam como se colocam hoje. Chamou-os e disse-lhes:

- Meninos, vão apanhar as priscas e colocá-las nos cinzeiros. Primeiro, não deviam fumar e segundo, se fumam, não deitam as priscas para o chão.

Depois, virou-se para mim, que era já finalista e disse-me:

- Anda cá menina. Olha, estás a ouvir o que eu estou a dizer a estes rapazes? Tens o direito a fazer o mesmo. És muito novinha, mas não te inibas, se vires um estudante fazer isto, só tem é que apanhar a ponta do cigarro e colocá-la no cinzeiro.

Era um homem alto e determinado.

Este episódio representou para mim, o reconhecimento de uma jovem e de uma profissão. Era um dos homens que nos pedia mais ajuda para orientar alunos de medicina, na execução de pensos e ligaduras e noutras actividades. Reconhecia a enfermagem, especialmente, no que se referia às técnicas. Depois, como monitora continuou a recorrer mim, ainda que de uma forma mais formal, para orientar

³⁵ São quatro os sinais presentes nos processos imuno-inflamatórios: tumor, calor, rubor e dor.

alunos nestas áreas. Havia casos destes, embora não fossem generalizados.

É engraçado, porque venho a encontrá-lo mais tarde, no início da minha actividade profissional, noutros contextos. Casei-me nova, acabei o curso em sessenta e quatro, e casei em sessenta e oito, portanto era muito nova. Como éramos, o meu marido e eu, sócios do Futebol Clube do Porto, íamos frequentemente aos jogos. Continuei a fazê-lo grávida e, quando tive o meu primeiro filho, deixava-o com a madrinha e continuei a ir. Mesmo face à maternidade, que à época, atrofiava um pouco ou, pelo menos, não libertava a mulher para tantas coisas, não deixei de fazer o que gostava, nomeadamente, de ir ao futebol com o meu marido. Na escola, até talvez achassem que não era muito bonito ir ver futebol, mas nunca me disseram nada. Sentia, que socialmente o género era marcado, mas apesar de tudo estas questões não me atrofiaram muito. Encontrávamos, quase sempre, o Prof. Joaquim Bastos e outros médicos, que não iam acompanhados das esposas. Não havia desafio de futebol nenhum que não me cumprimentasse. Dizia-me muitas vezes:

- Tem cuidado! Enervo-me com estas coisas e sou dos que dão pontapés. Portanto, vamos ver se não ficámos muito perto um do outro.

Tratava-me por tu, mas penso que o fazia com toda a gente. Havia uma relação de proximidade.

Tive professores belíssimos. Só *à posteriori*, percebi algumas atitudes daqueles senhores, pois, a maioria exercia cargos políticos ou eram investigadores. Recordo que um dos professores de anatomia, não me lembro do nome, veio a ser ministro, inclusive.

No curso de base tive professores e professoras. Enquanto os primeiros leccionavam as áreas médicas e sociais, a enfermagem foi leccionada só por mulheres. Depois, no CAEE, continuei a ter professores óptimos que eram referências do mundo académico-científico e político, de então, entre eles, o Professor Arnaldo Sampaio, a Psicóloga Maria Belo, a Doutora Maria de Lurdes Bettencourt, o Prof. Adriano Moreira, para além de outros. Eram pessoas que puxavam muito para a análise social. Aí, aprendi um bocado!

• **“A minha consciência brotou para a emancipação e intervenção social!”**

Ainda muito jovem, sensivelmente após três anos da finalização do curso de base e dois da entrada na escola, entrecruzaram-se na minha vida as Enfermeiras

Dinis de Sousa e Fernanda Resende e passaram a ser duas referências na minha trajetória profissional. Recordo-me muito bem, do dia em que, vieram à escola e me disseram, quase peremptoriamente, que tinha que fazer Curso de Complemento, Secção de Ensino e, mais tarde, analisar-se-ia a questão da Administração. Na altura, podiam-se fazer as duas secções, uma a seguir à outra. Parece-me que as estou a ver sentadas num sofá, na sala de estar!

Foi, quase, uma determinação por parte delas, porque havia muito pouca gente do Norte, a frequentar o curso. Aqui, talvez as questões do género se acentuassem. As pessoas que estavam a fazer o curso eram solteiras. As casadas não iam e eu estava casada há um ano. Ainda não tinha filhos.

Nesta fase em que já estava bem determinada a ingressar na carreira do ensino e me era colocado este desafio, restavam-me duas opções: fazia o curso ou corria o risco de ter que voltar ao hospital. Esta última, não me agradava, especialmente, pela rotatividade dos horários, pois, como mulher casada, achava que era mais difícil para mim. Depois, queria ter filhos, para além de gostar do ensino. Havia, entretanto, consenso com o meu marido para eu me deslocar a Lisboa. Por outro lado, as senhoras enfermeiras sabiam que estava motivada a fazer o curso. Portanto, decidi rápida e favoravelmente, embora com algum custo. Estava recém casada, era um conjunto de afectos que ia perder, tudo isso mexia comigo. Por isso, 'chorei baba e ranho'. Foi um período muito difícil para mim. Chorava imenso, tinha muitas saudades, apesar de vir todos os fins-de-semana a casa. Neste processo, houve duas pessoas espectaculares, que me ajudaram imenso: a Enfermeira Resende e o Professor Coriolano Ferreira. O Professor, que também era uma referência política, foi extremamente compreensivo, talvez um bocadinho paternal. Na altura, por ser jovem, tinha direito a um desconto muito grande nas viagens de avião. Com um simples bilhete de identidade podia viajar a um custo idêntico à viagem de comboio e com muito menos horas. Vinha à sexta-feira de avião e ia à segunda de manhã e o professor Coriolano Ferreira, deixava-me faltar às duas primeiras aulas. Dizia-me que não perdia nada, até ganhava em ficar mais uma noite com o marido. Portanto, ele ignorou o processo de faltas que, na altura, era muito rígido e rigoroso. Havia também uma grande complacência e cumplicidade da directora da escola face à minha situação de distanciamento.

Sentia que era preciso fazer qualquer coisa no ensino e o curso era pioneiro no país, não havia dúvida. Estava muito vocacionado para formar líderes, numa linha

entre o espírito de formação americano e europeu, mais concretamente, da escola Lyon, que era uma escola internacional. Entusiasmei-me e fui. O curso, para mim, foi a 'pedra de toque'. As questões da liderança, da tomada de decisão, da negociação e de comunicação, eram trabalhadas para além do conhecimento científico. Foi a minha grande volta, porque eu era uma mulher, uma rapariguita, muito tímida, embora hoje, ninguém pense que o tivesse sido. Por outro lado, as pessoas do norte eram vistas em Lisboa, como umas 'provincianas' e fizeram-me sentir isso na própria escola. Recordo muito bem da Enfermeira Dinis de Sousa, me ter chamado ao gabinete e me ter dito, mais ou menos, isto:

- Correia dos Santos acabou-se a timidez! As pessoas de Lisboa têm que se convencer e a senhora também, que não é só no grande centro que as pessoas são competentes. Precisamos de líderes, no país inteiro.

Era uma mulher com um forte sentido social e político e a sua trajectória veio a revelar isso mesmo. Deu-me este abanão para acordar, logo, no final do 1º trimestre.

Tratava-se, realmente, do desenvolvimento destas competências em todas as suas dimensões. Recorria-se muito a dinâmicas de grupo e ao trabalho do aluno. À época, este pormenor é de salientar, davam-nos a chave da biblioteca para podermos trabalhar na escola, à noite. Ora, isto era uma emancipação, era uma coisa excepcional e foi muito marcante. Isto é uma coisa que, hoje, é impensável, por variadíssimas razões.

Ainda há poucos anos, confrontei e revivi este passado, quando a associação de alunos me veio pôr o problema do acesso à escola, em períodos em que estava fechada. Dei voltas à cabeça. Achava que uma solução deste género devia ser possível, mas depois, não consegui operacionalizar por variadíssimas razões, nomeadamente de segurança. Inclusivamente, cheguei a pensar em abrir uma porta directa para a zona da associação para poderem ter acesso, mas nunca se chegou a concretizar. Havia muitos receios, até porque já tínhamos sido assaltados. Mas isto fez-me pensar maduramente na questão das mudanças dos tempos.

As questões relativas aos modelos de formação estavam muito presentes e já se falava um bocadinho no planeamento estratégico. Também aí, nesse curso queria recordar a minha disciplina de opção, a Saúde Pública. Tive experiências interessantíssimas nessa área. Trabalhávamos, directamente, no meio social com uma

associação religiosa, orientadas pela Enfermeira Marta Lima Basto. Não tínhamos nenhuma estrutura de saúde pública a apoiar-nos, na área, mas fazíamos uma intervenção promotora de saúde, em bairros degradados e articulávamos com os serviços que intervinham naquela área. Era uma articulação informal, mas funcionava bastante bem.

Aí, iniciei a intervenção centrada no processo de enfermagem. Debatíamos as questões das necessidades/problemas detectados, plano de acção e resultados. Trabalhávamos com estas 'três colunas'. Desenvolvíamos a capacidade de intervenção comunitária, que pela abrangência social das problemáticas de saúde me proporcionaram uma aprendizagem imensa.

Também não mais esquecerei o estágio no IPO. Foi outro manancial de aprendizagem. Aqui, já 'encostada' a uma estrutura, com uma intervenção domiciliária fortíssima, na sua máxima pureza. A intervenção era mais técnica, enquanto a anterior era mais no domínio da promoção da saúde. Aqui, a promoção da saúde estava mais associada à patologia. Tínhamos uma mala de visita com todo o material esterilizado de que necessitávamos e, sempre que a enfermeira entendia necessário, o médico acompanhava.

Diria mais até, tínhamos tudo o que nos nossos dias falta em termos de cuidados continuados. A história é feita assim, sucessos e retrocessos, mas são perdas que nunca entendi bem. Fui tão motivada, esta experiência marcou-me tanto, que o meu trabalho de administração, no final de curso, foi a criação de um serviço de assistência domiciliária num hospital central.

Portanto, o curso complementar fez mudar profundamente a minha postura face à intervenção social, face à direcção da escola e face aos alunos. Depois, fiz Saúde Pública, com os alunos, em zonas bastantes degradadas da cidade. Aqui, também trabalhei com outra associação religiosa de origem irlandesa, que estava muito bem apetrechada em termos materiais. Havia material esterilizado e deslocavam-se em motos, pela cidade. Tentávamos fazer face aos muitos problemas sociais, pois os centros de saúde estavam mais virados para as questões da saúde materno-infantil. Todo este percurso foi desenvolvido com alguma serenidade, sem grandes ansiedades, embora sabendo que corria o risco de haver algum problema com os alunos. Ora saía com uns, ora com outros, e procurava que desenvolvessem a autonomia e a reflexão crítica. Portanto, criava formas de estar na formação bastante diferenciadas.

Procurava, também, articular-me com os hospitais, porque os estágios eram feitos aí. Como estava mais ligada à Gestão, articulei muito com as chefes. Debati, sobretudo com eles, a necessidade dos modelos de gestão serem um bocadinho mais dinamizados. Penso que, a partir daí, houve uma relação muito próxima, com reflexos posteriores. Até porque já estava na província, como Directora de uma escola, e continuava a desenvolver, anualmente, um conjunto de actividades de formação, na área da gestão, no hospital central. Penso que 'lancei a semente'.

Nessa altura, estava mais espevitadinha e confrontei-me com a direcção, por estarem em jogo questões internas do foro relacional. A forma de lidar com algumas pessoas provocava-me um certo arrepio. Havia aquela política de marcar as pessoas, os trabalhadores, os professores e, depois, era difícil dar a volta.

Também me opus à relação, por vezes, estabelecida com os pais dos alunos. Vinham das mais variadas regiões, nomeadamente de Trás-os-Montes e a directora lembrava-se e não os recebia. As pessoas não viviam na cidade, deslocavam-se, com o peso das questões culturais. Não, não era para se mandar uma pessoa embora. Posicionei-me com o objectivo político e de cidadania.

Marquei posição, inclusivamente, em questões do serviço ao lar. Achava que era um maternalismo exagerado, não podíamos continuar naquele modelo e disse-o. Fazer um dia, por semana, de serviço ao lar, era distorcer os processos formativos e, ao mesmo tempo, um protecçãoismo, quase ridículo. Não era preciso uma professora para fazer um serviço deste tipo. Aliás, nem devia, porque se estavam a entrecruzar processos de formação, neste caso, de conduta de vida das pessoas.

Numa reunião, confrontei isto e exigi que ficasse registado em acta. A directora que, nesse momento já era outra, respondeu-me rigidamente. Senti aí, que há fenómenos que têm que ser assumidos por nós próprios, porque os apoios anteriormente verbalizados por quem nos rodeia, pelas nossas colegas, em situações destas, nem sempre são expressos.

Senti a mesma coisa, mais tarde, numa reunião com um secretário de estado. Portanto, comecei a tomar consciência de que a firmeza das minhas decisões não podia ser abalada pela fragilidade dos outros. Ficou claro para mim, desde que bem fundamentadas, as minhas decisões seriam, doravante, para defender até ao fim. As tomadas de posição têm que ser assumidas mesmo sabendo que se corre

o risco de estar sozinha. Contudo, apesar dos conflitos, nunca houve ruptura total com directora. Podia discordar do feitio da senhora, mas o que estava em causa eram as situações. Portanto, intervinha, resolvia o problema e acabava a questão. Foi, sempre, esta a postura na minha vida.

De facto, este curso resultou em particularidades várias na minha vida. Considero que a minha consciência brotou, e brotou para os processos de emancipação e para a intervenção social. De regresso à escola, partilhávamos saberes na área de interesse, a saúde pública, não só entre nós professores da escola, mas também com docentes de diversas escolas. Este processo era, ainda, complementado com ciclos de formação formais, promovidos pela escola. Tudo isto muito voltado para o domínio psicossocial. A partir daí, centralizei os investi, sobretudo, em três áreas: na saúde pública, na gestão e na formação. A partir daí centralizei os investimentos basicamente em três áreas: na saúde pública, na formação e na gestão. A gestão foi uma das dimensões que nunca mais deixei, esteve sempre presente na minha vida. Aliás, voltei-me muito cedo para este domínio, talvez até mais do que para a formação. Eram estes os eixos estruturantes dos processos desenvolvidos pela Escola de Ensino e Administração em Enfermagem e que continuei a desenvolver agora, na minha escola.

• “A tomada de consciência das influências sócio-políticas”

Havia, à época, pressões políticas no sentido da abertura de escolas distritais com os objectivos de formar, apenas, auxiliares de enfermagem e para fixar pessoal na periferia do país. Estávamos numa fase em que os serviços eram assegurados, quase na totalidade, por pessoal ligado a ordens religiosas, sendo que a maioria freiras que não possuíam formação.

Foi neste contexto, no início da década de setenta, que fui convidada, pela Comissão Técnica, da Direcção Geral dos Hospitais, para abrir uma escola de enfermagem distrital. As duas senhoras enfermeiras que me impulsionaram a fazer o CC, Maria Fernanda Resende e Mariana Dinis de Sousa convidavam-me, agora, a dirigir uma escola. A enfermeira Fernanda Resende era uma pessoa que eu admirava imenso. Era uma senhora de grande saber e determinação, mesmo em reuniões com altas individualidades. Podia estar em presença de qualquer personalidade que era inabalável!

Aceitei o convite sem saber que, paralelamente, havia outro nome indicado pelo

poder político local. Porém, na tomada de posse fizeram-me sentir isso mesmo. Esse senhor era da minha terra natal e a esposa tinha sido minha monitora no curso de base, mas já tinha deixado de exercer. Recordo-me dela se dirigir ao presidente da comissão instaladora com uma frase fortíssima, para uma mulher:

- Não se preocupe! Todos os burros comem palha, a questão é saberem dar-lhe.

Foi um bocado forte! À época, esse lugar era ocupado pelo provedor da Santa Casa da Misericórdia, uma pessoa com muito poder. Apesar das influências políticas, prevaleceu a decisão da Comissão Técnica de Enfermagem. No início, tive 'alguns braços de ferro', mas também rapidamente perceberam a minha forma de estar.

5.4. Desbravando caminhos rumo a uma formação crítica e emancipatória

• “A abertura ao exterior: um pilar de desenvolvimento da formação”

Estávamos na primeira metade da década de setenta. Nas capitais de distrito, nada havia, nem bibliotecas, nem se organizavam formações ou convívios. Era impossível partilhar saberes. No que se refere à formação de enfermeiros, não havia, quase nada. Começava-se a desenvolver uma coisa muito incipiente na área da saúde. Portanto, cedo percebi que teria que investir na abertura ao exterior.

Entretanto, surgiu a 'geração forte da saúde pública'. Foi uma lufada de ar fresco. Uma das suas principais referências a nível nacional, um médico de saúde pública trabalhou no distrito, e envolveu-nos desde logo. Cedo percebi que tinha que aparecer, para aparecer a escola e a dinâmica de formação. O social era uma dimensão que não se podia descurar na formação dos enfermeiros. Este era o meu lema.

Não perdi nenhuma oportunidade que se desenhou. Participei em todas as discussões sobre as questões de saúde. Integrei a Comissão Coordenadora Distrital para o Ano Internacional do Deficiente, participei na elaboração de vários planos estratégicos de desenvolvimento em saúde, para o distrito, na elaboração do Plano Estratégico da cidade, levado a cabo por iniciativa da Câmara Municipal, acompanhei todas as visitas ministeriais aos serviços, entre outras. Tinha que levar às reuniões a voz da escola de enfermagem, mas não era falar por falar! Gastava muito tempo a preparar estas reuniões, mas eram momentos de grande

aprendizagem. Dizia cá para mim: “se vou a uma reunião sobre planeamento estratégico de saúde, tenho que saber desta área, tenho que saber aplicar critérios, estabelecer prioridades, tanto mais, que vou participar com o pensamento da escola”.

Tentava que fosse a posição da escola, mas devo dizer que nem sempre era assim. Nem sempre consegui mobilizar o Conselho Pedagógico-Científico neste sentido. Por um lado, havia uma certa ‘mornisse’, grande apego às normas e muita rigidez de pensamento, especialmente, no domínio pedagógico e de intervenção social. Por outro, prevalecia e prevalece o terrível hábito dos portugueses, sejam eles homens ou mulheres, que é o de não prepararem as reuniões. Havia pessoas iam para as reuniões sem saberem qual era a agenda! Isto revela um profundo desrespeito por quem trabalha. Tudo isto dá origem a um enorme desgaste, perda de tempo e falta de rentabilidade. A participação da directora da escola nestas reuniões, neste caso a nível local, implicava uma intervenção sustentada e não podia ser de outra forma. Só com muito organização, preparação, planeamento o podia fazer. O CC tinha desenvolvido isto em mim.

• **“Restava-nos saber aproveitar a margem que faria a diferença no ensino”**

Tudo no ensino era muito rígido e embora pudesse ter alguma vantagem, porque nos conduzia a fazer ‘bem’ determinada técnica, não conduzia ao desenvolvimento do raciocínio. Prevalecia a formação/educação numa lógica comportamentalista, associada, sempre, à improvisação. As enormes carências implicavam o recurso a alguns mecanismos de outra ordem, que não os pré-estabelecidos, e, por tal, indutores de desenvolvimento construtivista do raciocínio. Assim, apesar de não existirem só factores perturbadores, acho que eles marcaram muito a enfermagem.

No meu percurso profissional, lembro-me pois, que havia uma tendência para que tudo fosse escrito, tudo era convertido em normas. Quando as pessoas não funcionavam doutra maneira ou algo não se resolvia por consenso ou negociação, propunha-se logo a elaboração de uma norma. Claro que, depois, a política institucional era normativa. Curiosamente, era nesse sentido que os próprios agentes, os trabalhadores a impulsionavam, tendo a direcção da escola grandes problemas em contrariar este fenómeno. Vivi isto ao longo das várias décadas, desde sessenta a noventa.

No princípio, não era tão sensível, mas com o evoluir da minha actividade fui rejeitando esta postura e tentando, realmente, fazer sentir aos diversos sectores, especialmente ao corpo docente, que não se podia normalizar. Por estarem na formação directa de alunos, era nestes que mais me incomodava esta postura. Não era bom para eles. Impedia-os, coarctava-os na sua liberdade de tomar decisões pensadas e negociadas, mas para isso era preciso que o professor adquirisse competências de decisão, não através da norma, mas através da sua construção pessoal. Claro que isto se reflectia na gestão pedagógica. A gestão pedagógica conducente a um raciocínio normalizado é diferente da que subjaz a um raciocínio mais aberto, na lógica da construção de um 'saber crítico'. Isso veio só a desenvolver-se bastante mais tarde.

As políticas centrais já eram normalizadoras, quase tudo, até, o currículo era regulado a esse nível e a escola ainda contribuiu com uma grande fatia no mesmo sentido! Cabia-nos, localmente, definir se a condução e operacionalização de todo o processo seguiria a forma rígida ou não. Residia, aqui, a nossa margem e, ao mesmo tempo, a possibilidade de intervir de forma diferente da preconizada pelo nível central. A centralização acompanhou-nos sempre e este facto teve coisas boas em relação à enfermagem, mas teve outras que foram péssimas, nomeadamente no que se refere à formação contínua. Era imbuída do espírito centralizador das escolas que lideravam estes processos. No fundo, talvez até fossem mais politizados do que nós, mas a política central era atrofiante e estranguladora. Embora considere que vivi momentos de formação muito bons, também percebi alguns reflexos inerentes aos perfis das pessoas que os lideraram. Contudo, distingi sempre o que poderia aproveitar em cada formação, mesmo que fosse pela negativa.

- **“Os alunos não precisavam de ser «moldados» na mesma fôrma”**

Ainda há pouco tempo tinha o caderno de normas de quando era aluna, mas emprestei-o e não o devolveram. Era em modelo A4, muito denso, prescrevendo com exaustão os passos e os respectivos conteúdos. Depois, foi abolido. Quando entrei no ensino, foi fácil para mim, transformar esses passos em princípios. Mas é engraçado, agora, com os sistemas de qualidade, retomam-se estas questões através das normas de boas práticas.

Na altura, preferi transformar 'a norma em princípio', porque achei que a norma

também poderia cair num exagero de rigidez, de tal modo que não dava, à aluna, a possibilidade de fazer as coisas de outra maneira. O problema levantava-se logo, com o esquerdino, por exemplo, a fazer a cama. Tem que se salvaguardar o princípio e não a norma: estarmos voltados para o doente e a mecânica corporal. Ora, o esquerdino se trabalhasse pelo lado direito do doente, tal como a norma previa, tudo isto era posto em questão. Depois, segundo a técnica, começava-se pelos pés ou pela cabeça, já não me recordo, tudo muito rígido.

Sempre considerei que cada aluno tem o seu processo de aprendizagem, mas havia a mania de que todos os alunos tinham que fazer as mesmas técnicas e passar pelos mesmos serviços A, B, ou C. Muitas vezes, insurgia-me contra estas coisas, porque pode haver espaços diferentes de formação. Os alunos não precisam de ser 'moldados na mesma fôrma' para que o resultado em vista, o de ser enfermeiro, com as competências previstas, seja alcançado. A forma de lá chegar pode ser através de percursos diferenciados. Isso era claro para mim a partir de muito cedo.

Reorientei os processos formativos numa perspectiva aproximada do que hoje se defende no âmbito do processo de Bolonha! Não me fazia confusão, absolutamente nenhuma, programar actividades centradas no trabalho do aluno. Trabalhei muito com fichas de leitura. Depois, apreciava e discutia as produções dos alunos. Embora para a escola fosse um tormento, eu não tinha qualquer problema que fossem os alunos para visitação domiciliária sozinhos, em determinados níveis da forma o. Pedia-lhes, depois, o relatório com base nos quatro eixos do *Processo Recording*: o que vi, o que ouvi, o que senti, e o que fiz. Havia uma condi o: ter sempre o retorno do trabalho produzido. Portanto, dizer aos alunos que a aula seguinte não seria com a minha presença, mas que eles iriam trabalhar para a biblioteca, por exemplo, fazer uma ficha de leitura, nunca me perturbou.

Iniciei o processo de reflexão crítica de Sh n, só que não com essa referência. Trazia as referências da Escola de Ensino e Administra o em Enfermagem, onde tudo isto era experimentado, com base em pressupostos teóricos na linha Americana e da Escola de Lyon. Não me lembro, na altura, de se falar de Sch n ou Botterf. Falava-se em outros teóricos, provavelmente, anteriores, mas já muito na linha deles.

- **“Experienciámos tudo que era de inovador”**

Vivíamos numa escola com muito más condições físicas, mas muito dinâmica, à época. Seguimos o elenco político-normativo, mas com adaptações locais, como sempre defendi. Experimentámos tudo que era inovador, inclusivamente, fomos pioneiras, entre as poucas escolas que integraram alunos no conselho pedagógico-científico³⁶. A Portaria já dava muitos sinais de mudança. Lembro-me de uma jovem aluna, que fez parte da comissão instaladora, e que era um manancial de intervenção social e política, embora também lhe pudéssemos fazer algumas críticas. Acompanhava-me, com frequência, às reuniões que tinha em Lisboa, algumas das quais promovidas pelo Departamento de Ensino de Enfermagem.

Como estávamos a construir uma escola nova, pudemos imprimir este espírito inovador, enquanto as escolas situadas nos grandes centros urbanos lutavam para se libertarem de uma cultura centralizadora profundamente arraigada.

- **Pós 25 de Abril: dos momentos controversos às novas margens de acção**

Neste sentido, os processos de transição, após a Revolução de Abril, foram muito facilitados. Enquanto outras escolas ‘deitavam as mãos à cabeça’, nós tínhamos a facilidade de já ter experienciado o modelo transitório. Nessa altura, várias escolas do país, nomeadamente as dos grandes centros urbanos, Coimbra e Lisboa, telefonavam-me a pedir documentação e a partilhar ideias no que respeitava à organização da escola, aos modelos de gestão e de formação, entre outros assuntos. Até aí, a formação estava centralizada, exactamente, neste grandes centros e éramos nós a procurá-los!

Contudo, os contextos sociais vividos, à época, foram também e sem dúvida alguma, fortes e controversos.

Após a Revolução tive uma invasão da Escola pelo Partido Comunista e alguns confrontos com um aluno do MRPP. Fui provocada, chegaram a dizer-me:

- “Tu queres a escola fechada, mas isto é do povo”.

Depois, foram apresentadas desculpas formais pelo partido e tudo se resolveu. Mas era complexo. Na altura, funcionávamos em Comissão de Gestão, composta por alunos, professores e pessoal administrativo e auxiliar. Os diversos elementos chegavam a ir para as reuniões com os emblemas dos partidos nas lapelas dos

³⁶ Portaria nº34/70, de 14 de Janeiro, alínea a, ponto 4, capítulo II.

casacos. Foram momentos difíceis, com reflexos, nomeadamente sobre os processos de avaliação de alunos. Por vezes, em meu entender, as heteroavaliações foram mal conduzidas. As reuniões prolongaram-se até às duas da manhã, fizeram-se afrontas graves aos professores. Julgo que fui uma mulher que geri toda esta fase com algum equilíbrio e moderação

Como directora de escola, entendia que não me devia vincular a qualquer partido político, embora tivesse dois convites nesse sentido: um do CDS e outro do PS. Tinha alunos e professores de todos os quadrantes, o que era condição, promotora da manutenção do equilíbrio, sobretudo, nessa fase quente que se seguiu à revolução. Também não tinha e, sendo muito franca, ainda hoje não tenho, qualquer apetência para seguir um modelo partidário rígido. Todos os partidos, da direita à esquerda, defendiam umas perspectivas que me agradavam e outras nem tanto. Não sei se fiz bem ou mal, foi a minha opção.

Em determinados momentos, senti algumas pressões políticas, mas procedi de acordo com o meu entendimento. Recordo um episódio que retrata um pouco isto. Numa das festas em que estavam presentes as entidades locais, um aluno quebrou o protocolo, eu também não era muito ligada a isso, e no final da intervenção do Governador Civil, tomou a palavra e deu conta de um conjunto de assuntos. Posteriormente, esta entidade chamou-me ao seu gabinete e disse-me que estas coisas ocorriam, porque tinha, na escola, professores de esquerda, revolucionários. Perante tal afirmação, de forma muito serena, respondi-lhe que tinha e continuaria a ter professores de esquerda e de direita, assim como tinha um padre. As pluralidades eram necessárias e salutareis para o desenvolvimento da escola e da sociedade. Acabou ali! Esta foi uma das muitas vezes em que pensei: "qualquer dia, põe-me a andar".

Não me vinculei a nenhum partido, mas passei a dar atenção redobrada ao quotidiano sócio-político. Lia os jornais todos os dias e via o Telejornal para ter uma panorâmica actualizada da sociedade. Continuei a investir na abertura ao exterior, a par com o despertar para as questões políticas. Percebi que um dos pilares do desenvolvimento da formação em enfermagem residia na abertura tridimensional ao exterior: local, nacional e europeu. O primeiro, revelava-se claramente insuficiente, era necessário ampliar a intervenção ao nível nacional e europeu.

- **“A oportunidade de influenciar a decisão política”**

No início da década de oitenta, por um lado, por discordância do que se estava a passar nas escolas de enfermagem, não dispunha de recursos humanos compatíveis com aquilo que queria fazer da escola, estava exausta e, por outro, porque também queria ir ‘beber’ ao terreno algumas questões que me estavam a escapar, fiz uma incursão, de dois anos, por uma Administração Distrital dos Serviços Saúde. Já tinha sido convidada para integrar o conselho de administração do hospital distrital, onde ficava a minha escola e um outro para integrar um dos hospitais centrais do Porto. Não aceitei, por razões de ordem familiar e porque entendia que, para o exercício desse cargo, por sinal melhor remunerado, para além de gestão, deveria saber mais de prática clínica. E eu já estava um pouco distanciada da prática. Portanto, os meus critérios de opção profissional pautaram-se, sempre, pelo domínio das competências e não tanto por questões de promoção social, política ou económica.

Quando regresssei à direcção da escola, tive outras vivências, muito interessantes. Participei em vários grupos de trabalho intra e interdisciplinares e coordenei diversos projectos, alguns dos quais de âmbito nacional e comunitário. Gostaria aqui, de destacar a integração no grupo de directores das escolas de enfermagem, pelo âmbito e natureza da intervenção. Era um grupo constituído por quatro elementos das várias regiões, três mulheres e um homem, que actuava junto do poder central em representação do grupo total dos directores. Recordo-me de várias reuniões que tivemos com o Professor Albino Aroso e com os Ministros Paulo Mendes, Leonor Beleza e Maria de Belém Roseira. Sempre que necessário, esse grupo era e foi ouvido no âmbito de várias decisões políticas importantes, quer no domínio da formação, quer da profissão. A definição de rácios, o alargamento dos quadros de pessoal das escolas, a integração no ensino superior e a carreira docente, foram assuntos analisados e discutidos com o poder central.

Tendo o alargamento do quadro de pessoal sido um dos assuntos amplamente debatido, norteadas por uma certa visão estratégica, aproveitei esta ‘porta aberta’ para criar condições para ampliar o quadro de pessoal, da nossa escola. Quadro que ainda hoje vigora com alguns lugares vagos. Para fazer face ao alargamento do quadro e porque, na altura, nos encontrávamos em pleno processo de construção da nova escola, pedi uma alteração ao projecto. Negocieei a redução do

anfiteatro, a favor da construção de dois gabinetes para docentes e duas salas de aula. Consegui isto facilmente com base na argumentação.

No que se referia à integração do ensino de enfermagem no ensino superior, recorremos, fundamentalmente, a duas estratégias. Uma, assentava em reuniões periódicas com os directores gerais da saúde e da educação e com os ministros, onde apresentávamos as propostas colectivas, resultantes do trabalho previamente efectuado com os directores de todas as escolas. A outra, passou pela organização de ciclos de formação, mesas redondas e debates, nas diversas regiões do país, para os quais convidávamos entidades bem posicionadas do ponto de vista académico e sócio-político, com origem nos diversos quadrantes políticos. Procurava-se que os enfermeiros construíssem o seu sentido de opinião.

Numa fase inicial, defendemos para a enfermagem uma licenciatura bi-étapica e, mais tarde, de ciclo único. As divergências internas situaram-se basicamente a nível das pós-licenciaturas. Em relação a estas, defendi a sua integração a nível do 2º ciclo de estudos, ou seja, constituírem-se em Mestrados em Enfermagem, em áreas clínicas das especialidades, pensando que seria uma mais valia para a prática e para a profissão. Retomando os dois assuntos debatidos com o poder central alargamento do quadro de pessoal e integração do ensino superior, senti que conseguimos influenciar as decisões políticas. De certo modo, os dispositivos jurídico-normativos saíram na linha por nós defendida. O mesmo já não posso dizer em relação à carreira docente. As medidas transitórias expressas em lei, contrariamente ao que defendíamos, valorizaram muito pouco os cursos complementares de ensino e de administração em enfermagem e outros similares. Gostaríamos que tivessem sido equiparados a mestrado, o que não aconteceu.

Os enfermeiros directores dos hospitais e sub-regiões integraram o quadro de pessoal dirigente, enquanto isso, os directores das escolas não tinham cobertura nas medidas transitórias, correspondendo-lhe num vazio remuneratório. Havia quem defendesse a equiparação remuneratória à categoria de presidente dos institutos superiores politécnicos, mas a outras parecia uma figura muito extremada. Em resultado, continuamos a vencer nos moldes anteriores, dando azo a muitas discussões e mal-entendidos. Aí, acho que os sindicatos meteram algum contra vapor.

Foi um processo um bocado sofrido. Alguns de nós, onde eu me incluo, interpusemos recurso contencioso. Na altura, era ministro da saúde Prof. Paulo Mendo.

Não foi criada legislação, mas entretanto houve um despacho ministerial que nos integrou de acordo com as habilitações académicas e a avaliação curricular. Eu, por exemplo, como tinha o mestrado, fui integrada como Prof. ^a Coordenadora, a vencer pelo último escalão. Assim, após vários anos de indefinição era reconhecido o trabalho desenvolvido. Na enfermagem, todas as evoluções são muito sofridas e exigentes!

- **“Colaborei na formação com consciência política”**

Participei nos vários domínios da formação em enfermagem, interno e externo, com consciência política. Sempre manifestei publicamente as minhas perspectivas e nunca recusei nenhum convite para participar em eventos de natureza académico-científico. Fui convidada para colaborar na formação em enfermagem em várias escolas e serviços de saúde do país e da Galiza, sobretudo nos domínios da formação, da gestão, do projecto e do currículo. Os modelos de formação foram áreas de preocupação e investimento, defendendo o trabalho por projecto, a centralidade do aluno, modos de trabalho pedagógico incitativos, de reflexão crítica e dinamizadores de uma formação em que cada sujeito se apropria e constrói o seu próprio processo de desenvolvimento. A formação-acção norteou a minha intervenção. Era importante que os processos se desenvolvessem numa lógica de formação na mudança. Recusei tudo o que era formação ‘avulsa’ e pontual, por não se inscrever em processos conducentes ao desenvolvimento dos profissionais como agentes sociais de mudança.

Aproveitei estas oportunidades para lançar colegas, cujo perfil académico e científico era compatível com representação da escola. Claro que nem todos teriam esse perfil. Procurei sempre em preparar as pessoas para serem intervenientes activos na escola e na sociedade. São questões estruturantes para a visibilidade social da profissão.

5.5. Reflexos plurais das desigualdades de género na vida das enfermeiras

- **“Quem não sai sozinha, também não intervém sozinha”**

Reconheço que as questões de género possam ter pesado muito na vida da maior parte das enfermeiras. Basta pensar que há uns anos atrás e não vão muitos, dificilmente iam fazer formação para além do Porto. Algumas nem para o Por-

to podiam ir. Vi mulheres, enfermeiras, com muitos problemas com os maridos, com grandes dificuldades em sair. Depois, também não existiam redes de suporte à família...

Uma das coisas que mais me impressionou, na minha vida, foi a tradição herdada das ordens religiosas. Freira não sai sozinha, sai acompanhada e as enfermeiras faziam a mesma coisa, iam, sempre, uma atrás da outra. Havia sempre um pedido: “podia deixar vir esta ou aquela colega comigo!” Ocorria isto em todo o lado, quer nos hospitais, quer nos centros de saúde. Era raríssimo ver uma enfermeira sozinha! Via-me a mim, porque isto me fazia impressão. Não digo que não seja mais agradável ir acompanhada, mas era uma herança histórica pesada de mais. Claro que estas questões se reflectiam no desenvolvimento e capacidade de intervenção das pessoas e, logicamente, da profissão. Uma mulher que não consegue sair só, é uma mulher que não consegue intervir sozinha.

Outras das questões que me impressionava era a não participação das enfermeiras nas reuniões. Frequentemente, ‘entravam mudas e saíam caladas’ e os homens falavam, sempre, mesmo estando em minoria. Para mim, esta era uma questão de fundo. Aqui, não sei se, para além do género, não se reflectiam também os percursos formativos. No meu caso, o CEAE foi crucial neste domínio!...

• **“Como mulher intervimos sempre, mas há questões a que não podemos fugir”**

Fui ao longo da vida, fazendo vários desenvolvimentos que não me parece que tenham sido comprometidos pelas questões de género, pelo menos, não o senti. Contudo, considero, por mais que a gente não queira, o poder maternal afecta muito mais do que só o conjugue. Há questões biológicas a que não podemos fugir. Eles são gerados na nossa barriga nove meses e nós é que temos a mama para lhes dar. Lembro-me da empregada levar o meu primeiro filho à escola para eu lhe poder dar de mamar e de levar uma bomba para retirar o leite quando me deslocava a outras escolas, aquando dos exames de estado, existentes então. Estas experiências ensinaram muito. Depois, como directora, fui muito sensível aos problemas das alunas/mães. Alguns bebés ficavam os primeiros meses na escola, porque não havia estruturas sociais de apoio.

Até pode ser mania, mas sinto que a mãe é o ponto de equilíbrio na relação familiar. É a gestora familiar, consegue conciliar e lidar com as situações, mesmo de

crise, de uma forma melhor do que o homem. Ele centra-se no trabalho, na gestão financeira, nos investimentos, nas leituras e em algumas coisas de apoio familiar, o que para mim, é natural. Ajudava muito a levar as crianças à escola e às actividades desportivas, e ficava com elas quando me ausentava. A gestão do lar, as questões relativas à alimentação, a higiene dos filhos são essencialmente efectuadas pela mulher. A gestão das economias domésticas, como e onde se podem fazer, cabe mais às mulheres, embora o homem possa gerir as contas.

Depois, para além da gestão alimentar e da educação dos filhos (como ir à escola, organizar as actividades e falar com os professores), sendo enfermeira, acresce a gestão da saúde do marido, dos filhos e do resto da família. Atenção! Numa enfermeira, o género ainda se acentua mais estas dificuldades. Apesar de alguns amuos do meu marido e de ter três filhos, não senti que as questões de género me limitassem. A empregada a tempo inteiro, vinda já da casa dos meus pais, era como se fosse da família, o que facilitou imenso a minha vida. Também os meus pais me apoiaram. O meu pai, então, adorava saber que tinha uma filha lançada para o mundo. Viam tudo muito bem, ficavam felicíssimos. Para eles, era aliciante. Uma tia do meu marido, que viveu connosco, aceitava muito mal. Aliás, fazia questão de o expressar e de me fazer sentir isso mesmo. Uma mulher que, ao fim de um ano de casada foi para Lisboa e andava de táxi que, na altura, eram conduzidos por homens. Mais tarde, deixava os filhos para ir para o trabalho, com imensas deslocações a vários pontos do país, sobretudo, Porto e Lisboa. O mesmo aconteceu quando fui bolseira da OMS.

Eu própria penso muito nestas questões. Será que apoiei bem os meus filhos? Será que dei a atenção necessária ao marido e à família?

Depois, penso nos percursos totalmente diferentes que os três têm feito e em todos vejo um 'cunhozinho' de abertura ao mundo. O mais velho com uma abertura ao mundo total, com uma carreira europeia determinada. A filha, ainda que a um plano mais restrito, é muito participativa. As questões de género e a autonomia das mulheres, nela, estão muito vincadas. O filho do meio, embora não tenha um percurso tão abrangente, nem esta visão de gestão, nem seja, propriamente, uma pessoa organizada, tem uma dimensão ideológica riquíssima. Não é nada ambicioso, confronta a realidade e as questões da subsistência, mas tem um espírito empreendedor, é muito inovador e criativo. Hoje, verifico que os meus filhos, homens, realizam actividades que à minha época, eram, quase, impensá-

veis: mudar as fraldas aos filhos, dar-lhes banho e as refeições, cozinhar, entre outras. De facto, houve uma alteração acentuada na cultura de género. A rapariga é uma mulher emancipada, que não abdica da sua forma de estar na vida e confronta abertamente as situações em que se sente sobrecarregada na sequência de alguma protecção dos irmãos. Continua a prevalecer a cultura de mãe!

Em termos de carreira, normalmente, um dos elementos do casal abdica mais do que o outro. No meu caso, contei com a colaboração do meu marido. No plano profissional, fiz tudo que entendi e intervim sem qualquer coarctação por ser mulher, quer no seio do grupo profissional, onde os lugares de direcção eram maioritariamente ocupados por mulheres, quer no âmbito mais alargado da saúde. Aí, já prevaleciam os homens.

Particpei em imensas reuniões com o poder local, que acabavam às duas e três da madrugada. Como não conduzia, era o meu marido que me levava, mas, de regresso era um dos cavalheiros que me trazia. Nunca tive problemas nisso, embora socialmente, uma ou outra pessoa me fizesse sentir a confusão que isto lhes fazia. Houve, até, um episódio engraçado que não deixa de ilustrar um pouco isto. Quando trabalhei na ADSS (Administração Distrital dos Serviços de Saúde), onde eu era a única mulher, num dos jantares a que fomos, a esposa de um dos elementos comentou:

- Então é esta a senhora que viaja sempre com o meu marido!

Os serviços passavam por alguns problemas de organização, nomeadamente de horários, a comunicação não chegava aos centros de saúde, a direcção de enfermagem bloqueava os desenvolvimentos das pessoas. Eram aspectos que era preciso alterar. Para isso, fazíamos frequentemente visitas aos diversos serviços. Daí esta situação, que foi facilmente superada, mas é reveladora da forma como as questões de género se colocam!

Devo dizer, também, que no início das minhas funções como directora senti jogos de influências políticas de vários lados, nomeadamente por parte do presidente. Eram os homens que mais pressionavam. Choviam as 'cunhas', desde os actos de admissão de alunos, a tudo o resto. E eu a ter que tomar posições! Posições que, a certa altura, assumiram, mesmo, a dimensão de confrontos abertos, rígidos e fortes.

Uma das vezes, o presidente da Comissão Instaladora até atirou com o livro de actas pelo ar, mas foi a primeira e única vez. Sentiu que, aqui, havia firmeza e

critérios norteadores da acção. Não podiam entrar as filhas de a, b ou c, mas aquelas que, por um processo de admissão, tinham direito a aceder a esse lugar. Os que tinham direito a entrar, entravam, independentemente de serem filhos do barbeiro, do médico ou de outra pessoa qualquer. Percebeu com quem estava a trabalhar e resolvemos o problema. Depois, até passou a ser meu amigo!

O mesmo se passava com os directores de serviço. Eram, quase todos, homens à excepção do serviço de obstetrícia. Enfrentei situações de género muito conflituais, mas sempre que houve necessidade, fi-lo. Tinha que criar condições para a realização dos estágios e, neste processo, queriam que eu fizesse as vênias todas ao director de serviço e ignorasse a enfermeira chefe. Elas próprias, nessa altura, aceitavam naturalmente esta situação.

Lembro-me do director de um serviço de pediatria me escrever uma carta, extremamente agressiva, a inviabilizar um estágio em virtude do pedido não ter sido dirigido a ele e era ele que mandava. Nessa altura, o Presidente da Comissão Instaladora, até porque já nos entendíamos bem, quis interferir, mas eu entendi que deveria ser eu a resolver o problema, por ter um cariz técnico e pedagógico. Portanto, embora ele fosse o presidente, cabia-me a mim, enquanto monitora chefe, resolvê-lo.

Fiz uma reunião com os directores de serviço e expliquei-lhes que os meus contactos eram e, continuariam ser, com os enfermeiros chefes e caberia a estes, fazer a articulação com eles. Caso contrário, estaria eu a ultrapassar as competências que entendia serem dos enfermeiros chefes. A partir daí, as coisas foram clarificadas e não houve mais problemas.

Foi sempre esta a minha forma de estar na vida, portanto o género não impediu, nunca, a minha intervenção. Houve contudo, uma altura, em que gostaria de ter integrado um movimento sindicalista, assim uma coisa mais reivindicativa, mas não consegui ter disponibilidade. A questão familiar, sobretudo no que se refere aos filhos, condicionou um bocadinho.

Mais tarde, acabei por integrar os Órgãos Sociais da Ordem dos Enfermeiros, mas é associação com um espírito diferente. Aceitei, após muita insistência por parte da Senhora Bastonária. Não estava muito bem de saúde, havia alguns problemas e tensões com um dos filhos, o que me exigia maior disponibilidade familiar. Nestas situações, ser mulher pesa um bocadinho! Talvez por tudo isso, não vivi esta experiência com o prazer e a intensidade com que habitualmente estou

na vida. Envolvi-me, mas com muito esforço.

Depois, também tive algumas contrariedades. Não concordava com algumas estratégias, pretendia que o órgão fosse mais operativo, mais incisivo e nem sempre isso acontecia. Dei todo o contributo que pude, mas nem tudo foi um mar de rosas. Não estou de modo algum a pôr em questão a Ordem dos Enfermeiros, até porque representou a nossa plena valorização em termos profissionais, independentemente do que se possa questionar em torno das Ordens e da sua potencial limitação da liberdade das pessoas. Fiz um mandato, mas deixei claro que não assumiria outro. Tive consciência que, para fazer face às situações, era necessário um investimento pessoal, exigia várias deslocações a Lisboa, o que nesta época, por razões de saúde era impensável.

Viver na periferia, mais do que o género, é um factor de constrangimento. Agora, as duas coisas articuladas e conjugadas agravam e limitam muito.

• **“Faço questão de me manter socialmente activa”**

Hoje, reformada, faço questão de me manter activa socialmente. Tenho vindo a colaborar com diversas instituições, associações sociais e de voluntariado. Colaborei com uma universidade privada no domínio das políticas de pessoal e nas formas de recrutamento de pessoal. No ano passado, fui fazer um Seminário sobre a área da Formação e Desenvolvimento Profissional, a Espanha a convite dessa universidade. Dou muita ajuda em teses de mestrado e doutoramento. Continuo a colaborar na área da formação em enfermagem, mas preocupa-me o actual rumo. A abertura de escolas privadas sem qualquer critério ou, novamente, por pressões dos munícipes, a sobrecarga dos alunos com as avaliações, os processos de formação sem o acompanhamento necessário são aspectos muito preocupantes.

Neste momento, estou a passar uma boa fase pessoal. Curiosamente, algumas das questões que em determinado momento da minha vida profissional me bloquearam, como a informática, agora, resolvi-as com uma ‘perna às costas’. Começava a sentir-me um bocadinho fragilizada nessa área e eu não gostava de me sentir à margem das coisas. Talvez fosse uma das questões pelas quais me afastei precocemente e foi pena. De qualquer modo, por tudo o que a vida me ensinou, pela participação activa no percurso e desenvolvimento da profissão, sinto-me uma mulher feliz!

6. MARIA AURORA SILVA, UMA PENSADORA DE ENFERMAGEM

6.1. Da infância ao curso de enfermagem

• “Cresci entre a terra de minha mãe e a aldeia onde trabalhávamos”

Nasci na segunda metade da década de quarenta, sendo a última das quatro filhas, com uma diferença de quatro anos e meio da mais velha. Cresci entre a terra natal da minha mãe, onde a minha avó era lavadeira de roupa das senhoras ricas, a quem eu entregava as camisas e os lençóis direitinhos, para que não tivessem uma única ruga, e a Freguesia onde os meus pais se fixaram a trabalhar, por volta dos meus 6/7 anos. Tinham um comércio, uma mercearia e taberna, outrora propriedade do meu avô. Uns taipais, que o meu pai trouxe da feira da ladra, separavam a mercearia de uma espécie de café, onde todos trabalhávamos, até nós as pequenitas, que de tão pequenas tínhamos uma caixa para podermos chegar ao balcão. Aí, aprendi a contar o dinheiro, a vender bolos e café.

Ser proprietário de um comércio era a grande ambição do meu pai e a música o seu sonho. Organizava com os amigos noites de fado, onde tocava a guitarra ou a viola, que sempre lhe conheci e com as quais mais tarde se tornou profissional em várias casas de fado. Cultivava o trabalho como uma honra, a honestidade e a verdade como forma de lidar com os outros.

Enquanto isso, o trabalho para minha mãe fazia sentido como garantia do sustento, prevalecendo a noção de que a cultura era importantíssima para o desenvolvimento integral das pessoas. Tinha sido costureira, mas gostaria de ter sido professora. Ainda fez o 1º ano, o que era, à época, um privilégio que um colégio de freiras concedia a algumas crianças pobres. Nunca aceitou muito bem o facto de não ter prosseguido os estudos, que ela, de forma muito subtil, atribuía à vingança de uma das freiras. Foi com ela que fiz a minha 1ª classe, na altura, era regente. Era, pois, a minha mãe que, na penumbra, fazia o equilíbrio entre o ritmo de trabalho que o meu pai imprimia a todos e a garantia de podermos fazer, pelo menos, a 4ª classe. Era a gestora dos nossos tempos de trabalho, de estudo e de brincadeira. Com um apurado sentido de justiça, imprimia-nos a constante necessidade de partilhar o que tínhamos para todos podermos ter alguma coisa.

A continuação dos estudos era negociada desde que passávamos para a 4ª classe. Os meus pais só podiam suportar os estudos de duas das quatro filhas, de cada vez. Sendo a mais nova, apesar de só uma das minhas irmãs ter seguido o liceu e, mais tarde, ter feito o curso de magistério primário, a minha mãe colocou-me a mesma questão:

- A 4ª classe vais fazer, mas tens que decidir se queres estudar mais. É tão digno estudar como trabalhar! - Disse-me.

Para ela, uma excelente pedagoga, estavam em jogo fundamentalmente duas questões: por um lado, a dignidade do trabalho como um valor inquestionável e, por outro, a nossa capacitação para tomadas de decisão. Prevalecia mais isto, do que a ordem de casa propriamente dita, sem se minorarem as questões de higiene e limpeza.

Decidi, assim, continuar a estudar.

• “Decidi ser enfermeira, mas tive algumas dificuldades”

Tinha terminado o 5º ano do liceu e tinha decidido o que não queria, ou seja, trabalhar num comércio ou num escritório. Queria uma profissão, que me permitisse sentir útil, o que me identificava com a área social. Aliás, já vinha intervindo a este nível, no âmbito e com a especificidade inerente ao grupo a que pertencia, a Juventude Operária Católica Feminina, questão que adiante retomarei. E foi assim que decidi ser enfermeira. Teria trabalho logo que acabasse, o que me proporcionaria independência económica face à minha família.

Mas a enfermagem era uma profissão socialmente mal vista, por ser de mulheres e depois, por se dizer que tinham ‘coisas’ com os médicos, muito ligadas à noção de prostituição. Esta era a lógica, pela qual, os nossos pais não queriam que viéssemos para a Enfermagem. Também tive dificuldades com o meu pai. Andei quase um ano, em ruptura com ele. Isto ajuda-nos a contextualizar, não por ter um cariz pessoal, mas para se perceberem os desenvolvimentos à época.

Cheguei à Escola de Enfermagem Artur Ravana, uma escola com uma história de formação mista muito rica, determinada a fazer o curso de auxiliar de enfermagem, porque ao fim de um ano e meio, estava a trabalhar. Mais tarde se veria...

Quando preenchi a ficha de candidatura ao curso de auxiliares, a Dª Auzenda, a chefe de secretaria, alertou-me para o possível engano, uma vez que possuía o 5º ano e poderia fazer o curso geral, com bolsa de estudo. Dizia-me então:

- Está enganada! Pode fazer o curso, praticamente de graça, e quando acabar, é enfermeira. Ser enfermeira, não é a mesma coisa, que ser auxiliar!

Depois, de me assegurar do montante da referida bolsa, quase metade do vencimento do meu pai, decidi fazer o Curso Geral. Trezentos escudos era muito dinheiro, à época. Dava para tudo: propinas, transporte, livros. Era muito importante para mim, porque queria ganhar dinheiro, independência e autonomia em relação aos meus pais.

• **Centralidade do curso: “segurança e conforto do doente” e “servir o médico”**

Foi assim, que iniciei o curso em finais da primeira metade da década de sessenta. Na formação a questão ‘servir o médico’ estava muito presente, mas também o estava a ‘segurança e conforto’. Pode-se até dizer que estavam ao mesmo nível. Aliás, ao longo da história e do desenvolvimento da formação em enfermagem, a segurança e o conforto são aspectos que estiveram sempre muito patentes! Esta vertente, ‘segurança e conforto’, tem muito a ver com o feminino, com a segurança dos filhos e com o conforto da casa. Pode ser explorada através de várias coisas, nomeadamente, dos manuais, tal como a outra vertente ‘servir o médico’. Eu que sempre tive dificuldade de decorar coisas, ainda hoje, sei repetir tudo direitinho. Veja-se a força disto!...

Fazia parte da aprendizagem das aulas práticas, uma de nós fazer de médico, sentada na cadeira, e a outra, de enfermeira. Centremo-nos, por exemplo, em relação à preparação de injectáveis endovenosos. Apenas se aprendia na escola a preparar a seringa para o médico. Decorávamos todos os passos, nomeadamente, os últimos em que se disponibilizava a seringa e se dizia:

- Sr. Dr., Faz favor!

Depois, quando fôssemos para o serviço aprenderíamos, era o que nos diziam. O mesmo se passava com o banho na cama. Ainda hoje, sei os passos todos:

- Chega-se. Sorri-se. Diz-se bom dia. Abre-se a janela!...

O drama maior era colocarem nisto o sentido de profissionalismo e o sinal de maturidade. Claro, que isto fazia sentido pelo estado em que a profissão se encontrava. Todavia, quão distante era para um jovem poder associar estes comportamentos a uma atitude de relação com o outro que cuida. Era uma confusão!

• **“A formação e a profissão reflectiam a forma de entender o feminino”**

Os serviços sempre tiveram uma componente de formação, profundamente atravessada pelas relações de género. A lógica de organização hospitalar marcou inevitavelmente a formação, onde estava claro os serviços em que rapazes e raparigas trabalhavam. Os serviços dos Hospitais Cívicos estavam organizados por números. As Medicinas eram 1, 2 e 3, as cirurgias 5 e 6 e as oftalmologias, o 7. Sabíamos quando, falávamos do serviço 1, fosse do Hospital S. José, do Hospital Curry Cabral ou Hospital dos Capuchos que se tratava das medicinas. Se falássemos do serviço 1.1, sabíamos que se estava a falar do serviço de Medicina Homens e 1.2 de Medicina Mulheres. Aquela numerologia estava perfeitamente naturalizada e ninguém tinha dúvidas.

Os serviços de homens funcionavam, sempre que possível, com homens. No meu tempo, não se passava no serviço de urologia masculina. As algaliações masculinas nunca eram feitas por nós, raparigas. Na ginecologia e no bloco de partos não entravam homens. Em obstetrícia, eles não faziam a história de enfermagem³⁷. Esta situação só se alterou em meados da década de setenta. Não estamos a falar de há duzentos anos atrás. Foi ontem! As equipas mistas são dos anos oitenta, à excepção das urgências que, sempre foram mistas. Os primeiros enfermeiros obstetras são da década de oitenta, sendo a especialidade mais antiga!

Basta esta lógica de organização de cuidados para influenciar a formação. Nós tivemos sempre dominância sobre os homens, quer na escola e quer nos serviços dos Hospitais Cívicos. Esta é minha percepção, pode ser necessário fazer uma pesquisa.

Os homens eram pouco entendidos na enfermagem. Tal como nós, eles faziam o estágio em pediatria. Lembro-me de gozarmos com eles. Dizíamos nós:

- Vocês sabem lá embrulhar meninos! Vocês sabem lá tocar em meninos!...

Como se nós soubéssemos! Éramos jovens, só se tivéssemos tido irmãos mais novos. De resto, sabíamos tanto como eles. Mas eram os estereótipos.

Para se perceber a influência das relações de género, é preciso entenderem-se os cuidados de enfermagem. Transportam muito dos cuidados maternos, como Collière nos refere. O entendimento da formação e da enfermagem foi e, é mar-

³⁷ Recolha e registo de informação integrada na primeira, fase do processo de cuidados.

cada por uma forma de entender o feminino: manter tudo arrumadinho, tudo limpinho, a flor na mesinha de cabeceira, a forma de fazer a cama, a roupinha toda direitinha...

Se virmos bem, tanto a marca do feminino na sociedade, como da enfermagem, têm uma forte componente de quem arruma a casa. De tal forma, que se transmitia nos estágios algo como: tem que ter tudo em ordem até às dez horas da manhã - que era a hora da visita médica. A organização gravitava assim, em torno da actividade médica. Ter as higiènes feitas, as camas arrumadas e as mesas-de-cabeceira limpas, era ter tudo em ordem. Não era se conversou, ou, não, com o doente. Era a ordem! As coisas deveriam estar limpas e arrumadas, independentemente da relação com o doente. Não significa que a relação não fosse importante, mas a ordem era prioritária. Isto marca indubitavelmente a enfermagem.

Nos primeiros seis meses, na disciplina de Enfermagem Elementar abordávamos as questões da higiene, da limpeza da unidade...

Na prática, eram as auxiliares de enfermagem que faziam a limpeza da unidade, mas era da nossa competência e, portanto, aprendíamos teoricamente.

Em síntese, a questão da ordem e da limpeza são aspectos fortemente associados ao feminino, que marcam, de certa forma, o entender e o estar na enfermagem. Em contextos de dominância masculina tudo isto é confirmado, reiterado e reforçado, mas não se pense que o eram de forma linear e uniforme. As questões de classe social atravessavam e mediatizavam profundamente os processos de formação.

• **“Vivemos coisas que a vida desvaneceu, mas deixaram marcas...”**

Falo dos Hospitais Cívicos, porque é um paradigma interessante para perceber o contexto, que não sendo uma batalha, era o oposto do IPO ou melhor, havia um distanciamento entre a Escola de Enfermagem Artur Ravara e a Escola Técnica de Enfermeiras. Os serviços dos Hospitais Cívicos de Lisboa (HCL) eram, então, de uma pobreza incrível. Contudo, as enfermarias-escolas reuniam melhores condições.

As alunas da ETE faziam, pois, estágio numa enfermaria-escola como a nossa, que supostamente teria mais material do que o comum dos serviços. Apesar disso, a ETE levava todo o material necessário. Vinham as carrinhas da escola com sacos de roupa, ferros, aparadeiras. Nada servia do que lá estava. Até a refeição

delas era à parte!

Éramos todos gaiatos e quando víamos entrar a refeição, dizíamos:

- Vejam lá, se apanham alguma infecção, só de estar aqui ao pé de nós!

É como a identificação das enfermeiras da ETE, pelo apelido. Os apelidos são a marca evidente da diferenciação social. Esta lógica foi, depois, transportada para o Hospital Santa Maria, onde os enfermeiros eram designados pelo apelido e os auxiliares pelo nome próprio. O transporte disto, para uma população que nada tinha a ver com aquela, deu origem a resultados muito curiosos. Ora, os auxiliares decidiram usar o nome e o apelido. São dinâmicas sociais que, ninguém pensa à partida, mas que funcionam contrariamente à vontade de quem as impõe. Nos Hospitais Cívicos, utilizavam o apelido para os homens e nunca para as mulheres, à excepção das superintendentes, que associavam o último apelido ao nome. Nem sabíamos os nomes próprios deles. Progressivamente, a situação foi-se alterando, não sei quais são os factores, mas este é um pormenor interessantíssimo.

A nível de habilitações académicas de acesso as diferenças também eram evidentes. Até ao momento, em que o acesso à Escola de Enfermagem Artur Ravara se fazia com o 2º ano, a ETE exigia o 5º. Quando se evoluiu para o 5º, a ETE passou a exigir o 7º ano.

A ETE foi criada para formar a elite de enfermagem. Provavelmente, até seria preciso. Era preciso formar muitos enfermeiros e a ETE não formava. Mantinha-se ali, o grupo de elite. Isto tem a ver com o facto da profissão começar a desenhar-se, para mulheres de classes dominantes, como uma oportunidade de acesso ao trabalho, mas que dificilmente fariam um curso em conjunto com pessoas de estatuto social distinto. E portanto, dificilmente o fariam, por exemplo, na EEAR. Aliás, os pequenos episódios referenciados evidenciam-no. São coisas que a vida desvaneceu, mas deixaram marcas. Não nos podemos esquecer que a EEAR nasceu com as classes mais pobres. As primeiras pessoas que foram para enfermagem, em Lisboa, eram as prostitutas da cidade e que trabalhavam nos hospitais como serventes. Eram homens e mulheres de grupos desfavorecidos, que depois, deram origem à entrada na enfermagem de elementos de ambos os sexos. Tudo surgiu na lógica de saber mais para fazer melhor.

Mas, também é interessante perceber e desocultar outras 'pequenas grandes nuances' na formação em enfermagem. E, na realidade, a Escola Técnica de Enfermeiras (ETE) foi a primeira escola a incluir na formação inicial a saúde públi-

ca e a gestão de cuidados, enquanto a EEAR formava enfermeiros para a gestão, mas como complemento do curso geral. Passava à época, já a noção da gestão dos cuidados.

- **“Ficava a ideia de que nós enfermeiras iríamos ajudar os chefes”**

Faziam-se estágios ligados à prestação de cuidados, mas pelo que se observava nos serviços dos Hospitais Cíveis de Lisboa, ficava-se com a ideia de que, terminado o Curso Geral Enfermagem ir-se-ia ajudar os chefes.

Chegávamos ao serviço e éramos logo adstritos ao chefe. Chamavam-nos ‘os enfermeiros de gabinete’. Havia colegas nossos que achavam que isso lhes conferia estatuto. Era a categoria e a hierarquização no serviço! Prestar cuidados era para auxiliares de enfermagem. O grosso dos cuidados era prestado por eles. Os enfermeiros orientavam os serviços, por exemplo, em neurocirurgia eram os chefes de equipa. Havia, na minha opinião, uma dicotomia entre o que se aprendia na prestação de cuidados e aquilo que, depois, se ia fazer. Mas, vamos ser realistas, os bons auxiliares eram identificados como enfermeiros, pelos doentes e pelos alunos. Era com eles que se aprendia e não era com outros.

- **“Encontrei todo o sentido na reforma de 1965”**

Se numa fase inicial do curso se abordavam as técnicas e as coisas decorriam de forma mais ou menos aceitável, o segundo ano complicou-se. Os conteúdos programáticos não me faziam qualquer sentido. Fazia-se apelo à memorização de matérias, quase estritamente, no âmbito da medicina. Não conseguia estabelecer qualquer relação, e muito menos sentido, entre as disciplinas de Patologia Médica e Patologia Cirúrgica e o que se ensinava em enfermagem. Portanto, tinha a noção que tinha estudado para exame, mas não sabia o suficiente para passar. Também nunca fui capaz de copiar e de fazer cábulas, o que era muito comum entre nós. Reprovei sem deixar margens para dúvidas, ou seja, numa das disciplinas de Patologia, tirei dois valores e na outra tirei quatro.

Fiquei um ano em casa. Sabia que, entretanto, os planos de estudos tinham sido alterados, mas desconhecia a abrangência e natureza dessa mesma alteração. Hesitei em continuar. Foi uma colega nossa, professora na escola, que me deu aquela força e apoio que é necessário dar aos jovens, quando passam por estas crises.

Repeti, pois, o segundo ano, já sob a reforma do ensino de enfermagem de 1965. A enfermeira Sales Luís leccionava 'Introdução à Enfermagem de Reabilitação' e enfatizava a necessidade de potencializar no seu máximo as capacidades de cada pessoa. Recordo de um dia, no final da aula, a ter procurado para lhe dizer que tudo aquilo me fazia sentido, tanto mais que se aplicava à enfermagem, na sua generalidade e não só à Enfermagem de Reabilitação. Então, para sermos bons enfermeiros, precisávamos de saber muito. Prosseguia eu. Foi com ela, que aprendi a valorizar tudo, por vezes coisas consideradas mínimas, mas que são fundamentais para o desenvolvimento da autonomia dos utentes/doentes e famílias.

A enfermagem passou a ser o centro da abordagem, com os subsídios de todas as outras disciplinas. Fez-me todo sentido a reforma do ensino de enfermagem de 1965 e eu preciso que as coisas me façam sentido, não sou capaz de fazer, por fazer.

• **“No lar, ficaríamos nós ou a monitora!”**

Com a reprovação, consegui convencer a minha família de que se estivesse no lar teria maior disponibilidade para estudar. Claro que não era esta a motivação. Nunca tinha estado fora de casa e era uma coisa que eu queria, desde muito cedo. Foi muito interessante esta experiência, pois, favorecia, quer o convívio com colegas de diversas regiões e culturas, quer a discussão dos problemas que tínhamos na escola e no lar. As regras eram muito rígidas, sobretudo, no que se referia a horários de entrada e saídas à noite, mas cumpriam-se. Até que, em determinado momento, surgiu uma monitora, da escola, a fazer vigilância ao lar, cujo comportamento era, para nós, absolutamente inaceitável. Insultava-nos, não se coibia de fazer insinuações relativas à nossa vida, que em nada correspondiam à realidade. Dirigia-se a nós como não merecêssemos respeito, e isso, não podíamos aceitar. Organizámo-nos, pedimos uma entrevista à Enfermeira Directora, Enfermeira Costa Macedo, onde deixamos muito claro, que, no lar, ficaríamos nós ou monitora. A dita monitora fechou-me no quarto, ameaçou-me de que não acabaria o curso, mas resolvemos o nosso problema.

6.2. Da prestação de cuidados de enfermagem à acção sócio-cristã

- **“Quisemos prestar cuidados, no final do curso. Foi um escândalo!”**

Terminei o curso a 30 de Setembro e às 8 horas, do dia 1 de Outubro, estava à porta do Hospital para começar a trabalhar. Fomos questionadas em relação às nossas preferências, como era habitual, embora toda a gente soubesse que, depois, não iria para aí. Quatro colegas e eu decidimos que queríamos prestar cuidados, em vez de sermos enviadas para os gabinetes dos chefes, na qualidade de suas ajudantes. Bom, foi um escândalo! Abrimos uma guerra, como se não nos tivéssemos formado para a prestação de cuidados!

Fomos abrir um serviço. Colocámos exigências que a então Enfermeira Superintendente procurava minimizar, questionando-nos se pensávamos que estávamos nos Estados Unidos da América. Queríamos apenas desenvolver um trabalho que permitisse fazer a articulação entre o Hospital e os Centros de Saúde, para acompanhamento das mulheres que no serviço passavam 3 a 5 dias.

Trabalhei neste serviço nove meses. Depois, retomei a tempo inteiro as minhas funções na JOCF. Durante, o curso tinha feito um corte com algumas vivências anteriores.

- **“Vivi dez anos de grande crescimento como jovem-adulta, na JOCF”**

Em pequenita, tal como as outras crianças, ia à catequese ao domingo e, em casa, rezava-se o terço, sempre que o trabalho não o impedia. Isto valeu-me uma escaramuça com o pároco, que, não entendendo o que em casa aprendia, simbolizado num ditado muitas vezes repetido, *primeiro a obrigação e depois a devoção*, não me permitiu fazer a comunhão solene aquando das outras crianças da minha idade.

Mais tarde, aos 14 anos, aderi ao grupo da Juventude Operária Católica Feminina (JOCF), que havia na paróquia, e que se integrava num dos movimentos da Acção Católica. Sob o lema do seu fundador, um padre belga, Joseph Cardin, *“um Jovem trabalhador vale mais que todo o ouro do mundo”*, seguia-se uma metodologia de trabalho assente no conhecimento da realidade vivida pelos jovens no mundo do trabalho ou da escola como preparação para aquele.

Foi aí que fiz a minha primeira aprendizagem de ‘militância’ à luz da doutrina

social da igreja católica, enraizada na análise das causas dos problemas que identificávamos, nas áreas atribuídas a cada uma de nós e sobre as quais, em conjunto, se decidia como intervir. Comecei a participar mensalmente nas reuniões de formação com jovens das diversas equipas da cidade, onde éramos ajudadas a perceber as questões sociais de forma mais aprofundada.

Depois, durante o curso, não participei nas actividades do grupo. Foi o corte com o que tinha sido a minha formação católica, para retomar posteriormente já com outra maturidade.

Fui assumindo algumas responsabilidades, a nível nacional e internacional. Aqui, fui compreendendo o contexto político mais amplo, ou melhor, percebi: a imbecilidade da censura que obrigava a escrever sobre os problemas dos jovens trabalhadores de maneira tão subtil que nos coarctava a expressão do vivido; percebi a irracionalidade da guerra colonial; percebi que, para o regime, no 1º de Maio, mais do que uma pessoa a conversar era um grupo e por isso tinha que ser disperso.

Percebi que, por ser um movimento da igreja, as actividades por nós desenvolvidas não eram clandestinas, mas éramos alvo da repressão política do regime. Tive companheiros e amigos que, foram presos e torturados. Outros que morreram na guerra e outros que por se lhe negarem, a 'salto' procuraram exílio político. Conheci jovens trabalhadoras que viram a polícia entrar a cavalo pela fábrica onde trabalhavam, por terem ousado organizarem-se para exigirem melhores condições de trabalho. Dirigi uma revista mensal onde, muitas vezes, a censura deitou por terra o trabalho redigido e construído com muito esforço. Foi uma verdadeira escola da vida, pela militância a favor da justiça e da solidariedade, e pelo confronto, em muitos momentos, com o poder instituído eclesiástico e político.

Recordo, já na década de setenta, a PIDE a entrar, de manhã cedo, pelas instalações à procura de uns calendários que tínhamos elaborado, e que, nessa mesma noite, previamente alertados, nos encarregamos de fazer a sua distribuição pelo país. Quando chegaram, encontravam-se muito poucos na secretária. Tudo isto, porque se fazia alusão à PAZ, associando a mensagem do Evangelho "*Eu vim ao mundo para fazer a paz e não a Guerra*", em que o símbolo da Paz se encontrava preenchido com um traço sobre imagens de crianças famintas, bairros da lata, soldados armados e grades de prisões. Foi uma experiência sofrida, muito dolorosa, ver a brutalidade com que fomos tratados, como revistaram toda a casa, reviraram inclusive os colchões das camas, e a quase incapacidade, destes

homens, para fazerem o relatório do que tinham encontrado. Sem quase saberem escrever! O que se podia esperar de um estado que cultivava esta realidade? Depois, fruto das responsabilidades que fui assumindo, conheci alguns países europeus, ditos desenvolvidos, mas também outras partes do mundo em desenvolvimento. Comparava a realidade do nosso país, com outros europeus. Mas, depois, o confronto com a realidade da vida das crianças dos bairros periféricos de S. Paulo, no Brasil; a repressão e a pobreza das Filipinas, ainda sob o domínio de Ferdinando Marcos³⁸; a fome e a miséria de Bogotá, onde vi, entre muitas outras coisas, crianças a roubar leite de um camião parado no semáforo, fez-me aprender a relativizar as coisas na vida. Foram dez anos, durante os quais trabalhei com jovens de todo o mundo aprendendo, em conjunto, a olhar a realidade e a ser agentes activos nela. Foi um período importantíssimo para o meu crescimento como jovem-adulta. Foi com esta 'mala' cheia de vivência que, em finais dos anos setenta, re-entrei no mundo da enfermagem.

6.3. O reencontro com a profissão

• “Reaprender para (re)assumir o exercício era algo incompreensível”

Retomar a vida profissional, e isto estava claro para mim, significava reaprender enfermagem para, de novo, poder assumir a responsabilidade de prestar cuidados. Era o meu primeiro objectivo. Neste sentido, preparei o meu regresso da actividade internacional. O salário mínimo era, aí, aproximadamente, duas vezes superior ao vencimento de uma enfermeira, em Portugal, o que me permitiu realizar algumas economias de modo a assegurar a minha sobrevivência por um período de três a quatro meses, para além de contar com a casa dos meus pais para viver.

O mundo, de repente, tornou-se muito pequenino aos meus olhos. Confrontava-me, pela primeira vez, com a procura de emprego e com uma curta experiência profissional. Os anos que tinha passado fora do país, a experiência do vivido e os adquiridos pareciam ter-se tornado, abruptamente, num saco vazio para o recomeço de uma nova etapa. Ao longo de anos, tinha reflectido com outros em relação ao significado das vivências decorrentes da procura de emprego, das portas que se fecham, da experiência da vida que não é reconhecida e da sociedade que

³⁸ Presidente das Filipinas, entre 1965-1986.

discrimina. Confrontava-me, agora, com o real e sem colectivo de suporte para fazer o caminho. Da discussão das grandes questões sociais e da intervenção organizada, onde tinha intervindo, até esta fase do meu percurso, passava a olhar para mim no microcosmo da convivência familiar, na procura de emprego na minha profissão, no (re)encontro com os amigos de outrora, marcado pela incerteza da persistência dos pontos de contacto que permitissem reatar a relação de verdade e dos afectos que nos tinham marcado.

Sentia que estava numa fase de viragem da minha vida. Tinha construído cenários, tendo por base o meu objectivo central [actualização, antes, de reassumir a prestação de cuidados], que me pareciam promotores de segurança, fundamental ao reinício do meu curso profissional. Aguardava uma resposta da Suíça, onde poderia fazer uma reciclagem. Entendia, contudo, que a Saúde Pública seria um contexto facilitador da minha integração, quer pela natureza dos serviços, onde seria menos confrontada com a complexidade tecnológica, quer pela experiência comunitária adquirida nos últimos anos. Discuti e validei esta perspectiva com uma amiga minha, que trabalhava há longa data nesta área, antes de pedir uma entrevista à enfermeira responsável pelas questões da enfermagem na região. Deparei-me, não com uma entrevista, mas com um monólogo quebrado por “preencha esta ficha, fico com os seus dados, se houver uma vaga será contactada”.

Despedi-me, saí do gabinete sem conseguir compreender o que se tinha passado. Instalou-se a confusão no meu íntimo. Ficou-me a noção de que estive a falar numa linguagem que a enfermeira mais responsável do distrito nada compreendeu do que lhe procurei explicar. Só isto poderia explicar o seu comportamento! A revolta e a incompreensão instalaram-se em mim. Dei conta de que, o que para mim era básico, não existia. Eu não queria uma vaga para entrar! Queria fazer um percurso de reaprendizagem de enfermagem, antes de assumir a responsabilidade da prestação directa de cuidados, que entendo como direito dos cidadãos, dever ser de excelência.

Passei umas ‘horinhas’ à beira rio olhando o infinito, onde o céu e o mar se confundem. Era como se procurasse identificar, nessa distância, o que senti com quem, enfermeira como eu, tão distante tomou a profissão, da qual nunca falou. Como era possível não ter colocado uma única pergunta, no sentido de procurar compreender o que lhe dizia? Como era possível, desta forma, ser a enfermeira

mais responsável do distrito? Porque se procurava nos instrumentos administrativos, o que não eram procedimentos administrativos, mas sim opções de enfermagem?

Foi um momento muito duro sobre o qual reflecti, mais tarde, com a minha amiga. Das nossas reflexões, ficava-nos a certeza de que valia a pena pensar e repensar o que fazer e como fazer para que a enfermagem fosse o que desejávamos.

Esta vivência reforçou, posteriormente, o meu empenhamento no que respeita à necessidade de um tempo de integração para todos os enfermeiros que ingressam numa organização de saúde. É uma questão básica para salvaguarda dos cuidados a que os utentes têm direito.

Parti para o outro cenário: o hospital. Os grandes hospitais estavam excluídos. Tinha ouvido algumas referências sobre um hospital da periferia, como um dos que reunia melhores condições e com uma Enfermeira Geral, que promovia e assegurava o respeito pela enfermagem. Consegui uma entrevista, na qual expliquei a minha necessidade de reaprender para exercer a profissão. Foram-me colocadas imensas questões para explicitar o que tinha feito e o que desejaria fazer. Dava-me a sensação de que tudo estava a ser anotado numa ficha. Senti que era ouvida, mas a entrevista terminou com a informação de que a instituição não tinha qualquer hipótese de responder ao meu pedido. Era de novo a desilusão!

Contrariamente a muitos outros jovens, tinha um curso, uma profissão onde não haveria dificuldades em encontrar emprego. Constatava assim, que o facto de não pedir emprego de imediato, mas sim um espaço/tempo de reaprendizagem, numa profissão que implica a vida dos outros, era algo absolutamente incompreendido e o que, por sua vez, era incompreensível para mim.

la progressivamente retomando as minhas relações. Foi num dos almoços com uma amiga que decidimos ir à Direcção de Enfermagem do Hospital onde trabalhava, decidida já, que se nada resolvesse, iria à Suíça fazer a reciclagem. Aí, finalmente foi-me dito *“fique descansada que terá o tempo que precisar para a sua reintegração”*. Indicou-me o serviço para o qual iria no outro dia, e desejou-me felicidades para a nova etapa da minha vida. Sentia-me confortada, mas com muitos receios. Como seria esta situação sentida pelos outros? Como a viveria eu quando reentrasse nas enfermarias?

• **“Concepções diferentes de enfermagem separavam-me da chefe”**

Entrei, dirigi-me ao gabinete da enfermeira-chefe e logo percebi que esperava encontrar alguém que pudesse, quase de um dia para outro, assumir a responsabilidade no seio de uma equipa. Expliquei-lhe a situação, mas, também para ela, eram incompreensíveis as minhas exigências. Remeti-a, então, para com quem comigo acordou as condições de integração, ou seja, a Direcção de Enfermagem. Eu era enfermeira e, para ela, qualquer enfermeira sabia fazer higiene aos doentes, preparar e administrar a terapêutica. Rapidamente compreendi que estávamos em registos diferentes sobre a essência dos cuidados de enfermagem e qualquer explicação não era entendida. Falávamos de ‘duas enfermagens’. Uma, cuja finalidade era garantir o trabalho de enfermagem, que de acordo com as condições existentes se resumia a ‘fazer as coisas’. A outra, em que era e é preciso pensar o que fazer e como fazer, tendo por base aquela pessoa a quem prestamos cuidados. Para esta enfermagem, é preciso ter capacidade para decidir sobre o que se faz ou não faz e fundamentar a decisão em função do que é mais importante para aquele a quem cuidamos.

As implicações decorrentes das diferentes perspectivas de entender os cuidados de enfermagem davam corpo a uma barreira à compreensão mútua. Por momentos, as forças pareciam desaparecer e quase em simultâneo, recebia uma pequena chave do cacifo e obedecia à ordem para me fardar. Fardei-me, voltei ao gabinete da enfermeira-chefe para que me apresentasse o Director, as colegas e o serviço. Por onde ia passando, gritava: *“só me mandam quem não pode trabalhar”*. Foi uma experiência dolorosa, pois este era o rótulo pelo qual me olhavam. Da revolta interior, pela omissão de parte da verdade, passei a explicar o que a enfermeira chefe queria dizer e a reiterar o meu desejo profundo em reaprender.

O conforto da véspera transformou-se em desconforto. Todavia, foi um importante momento de reflexão centrada no confronto entre o que era o meu entendimento da profissão e de ‘ser enfermeira’ e o que as organizações esperavam desses mesmos enfermeiros. Percebi que estava a (re)entrar num mundo onde a prestação de cuidados parecia ser coisa simples, para a qual bastava interiorizar rotinas e estariam assegurados ‘bons’ cuidados de enfermagem. Prevalecia uma concepção de produção industrial, em que cumprir horários e ter os doentes e a enferma-

ria arranjada constituiriam os objectivos do nosso trabalho e que não era, de todo, isto que eu queria para mim e para a profissão.

• **“A partir do contexto das práticas, reconstruímos a identidade da equipa”**

Fui apresentada a uma equipa de enfermeiras muito jovem, com cerca de um ano de profissão, à excepção de duas colegas que trabalhavam no serviço há muitos anos: a enfermeira-chefe e a sub-chefe. Só as mais jovens asseguravam o serviço por turnos, e esperava-se, com a minha entrada no serviço, que viesse reforçar esta equipa, que se encontrava desmotivada pela sobrecarga e exaustão do trabalho, desenvolvido sem que existissem condições mínimas de trabalho para assegurar cuidados de enfermagem com alguma qualidade.

Não foi necessário muito tempo para me aperceber que, tanto a organização do trabalho das enfermeiras, estruturada com base em rotinas instituídas, como a prestação de cuidados e as tarefas administrativas subjacentes (requisição de roupa, da farmácia, do material) pouco tinham mudado, nestes dez anos. A carga de trabalho administrativo era elevadíssima, em contrapartida, a tomada de decisão sobre os cuidados era reduzida. Apenas o cumprimento das rotinas era objecto de discussão, mantendo afastados dois mundos: o da gestão e o da prestação de cuidados. Mantinha-se, pois, a distância entre quem chefiava e quem prestava cuidados. Claro que, tal como nos diz Hesbeen, esta separação conduzia a desperdícios, tanto dos talentos dos que cuidavam, como de recursos existentes. Chefia e prestadores de cuidados pareciam não falar a mesma língua. Por vezes, e em determinadas situações, o vocabulário até era o mesmo, mas representava coisas diferentes, cavando fossos mais profundos, gerando incompreensões e adormecendo motivações.

As enfermeiras mais jovens falavam-me em processo de enfermagem, para de seguida acrescentarem: “são teorias da escola”. Não compreendia isto. Procurei documentação sobre o assunto. Enquanto no serviço consultava e analisava o processo dos doentes, em casa, estudava tudo o que se relacionava com os cuidados aos doentes, nomeadamente do foro hematológico, cardio-respiratório, neurológico. Da formação inicial relembra a promoção máxima da autonomia dos doentes, que a Enfermeira Sales Luís tão bem soube passar, assim como a importância do diálogo e apoio à família veiculados pela enfermeira Pedroso, no estágio de saúde pública. Progressivamente, fui adquirindo confiança na relação

com os doentes e familiares e, ao mesmo tempo, ia 'retomando a mão' no que se referia às técnicas.

Neste processo, escandalizei-me com cinco aspectos: o não respeito pela intimidade das doentes, nomeadamente, aquando da higiene, pois não existiam, nem cortinas, nem biombos; a preparação de terapêutica através de cartões, cuja identificação do doente se restringia ao número da cama; o não falar com as visitas, porque isso era criar maus hábitos; as doentes em macas, no chão; e a chamada de atenção, por parte da enfermeira chefe, na enfermaria e aos gritos.

Chegada de uma outra realidade, permiti-me questionar a forma de valorizar o nosso trabalho naquele contexto concreto, estruturada com base: no que entendia serem as expectativas dos doentes em relação à enfermagem; na necessidade de definir prioridades de trabalho; no que me parecia ser o papel da enfermeira-chefe; e nas condições mínimas de trabalho para que os cuidados de enfermagem prestados não ficassem comprometidos

Do estudo individual sobre processo de enfermagem (PE), nomeadamente, no que decorria da bibliografia consultada, percebi que estava perante um instrumento que tinha por finalidade assegurar cuidados de enfermagem individualizados, o que me parecia, também, ser incompatível com o trabalho organizado por tarefas. Por outro lado, este esforço permitiu-me criar pontes de diálogo com as colegas sobre a forma como organizávamos o nosso trabalho e, em simultâneo, desconstruir não só o sentido apreendido na escola, como também a forma mecânica como era aplicado.

A escassez de recursos era apontada como razão para a não aplicação do PE, constituindo-se, assim, também um factor de desmotivação para se pensar no que se fazia. Então, fomos aproveitando todos os pequenos momentos, quando tomávamos o café, ao almoço, depois de sairmos, para conversar e pensar, com quase toda a equipa, sobre a essência dos cuidados e sobre o PE como instrumento para desenvolver e melhorar esses mesmos cuidados, naquele contexto concreto. Deixamos, pois, de discutir o PE no abstracto. Passámos a centrar as nossas discussões em torno das necessidades dos doentes e das intervenções para responder a essas mesmas necessidades, bem como das formas para melhorar as nossas condições de trabalho fundamentais, quer a uma prática de qualidade crescente, quer à satisfação dos profissionais. Reconfiguraram-se as passagens de turno, dando corpo a esta perspectiva.

A partir de experiências de vida muito diferentes, mas com a reflexão sobre a essência de enfermagem como ponto convergente, percebemos conjuntamente que valia a pena intervir junto de quem deveria tomar decisões relativamente aos meios a disponibilizar. Assim, para além de esperarmos o apoio da chefia, sabíamos que havia todo um trabalho a desenvolver junto dos médicos do serviço e da administração do hospital. Sabia que a minha experiência anterior e as referências cristãs faziam de mim um elemento mediador e negociador entre os mais velhos e os mais novos, entre médicos e enfermeiros, em torno de um interesse comum – o tratamento e bem-estar das doentes.

Em coerência, cabia-me apoiar tudo o que assegurasse este interesse comum, nomeadamente a recusa em receber doentes que ficassem em macas. Era uma questão de respeito pelas doentes e por nós próprias. Quando colocámos esta exigência ao Director de serviço, um professor distinto e excelente médico, mas demasiadamente preocupado em receber doentes independentemente das condições existentes, respondeu-nos de imediato:

- Nem que seja no chuveiro, os doentes ficam no serviço.

Corremos o risco e enfrentámos poderes instituídos. Ameaçaram-nos com processos disciplinares, mas nunca mais tivemos doentes nessas condições. Progressivamente, fomos criando espaços/tempos de discussão conjunta, entre enfermeiros e médicos, sobre as doentes a quem prestávamos cuidados, permitindo definir melhor os objectivos e limites das intervenções de cada grupo profissional. O Departamento de Educação Permanente, atento à experiência que fomos desenvolvendo, nomeadamente, com doentes submetidos a terapêutica citostática ou em fases terminais, propôs-nos que organizássemos uma acção de formação. Constituiu-se um reforço positivo, muito importante para nós.

Foi assim que, a partir dos receios iniciais e da recusa em assumir responsabilidades na prestação de cuidados, com o apoio das colegas da prestação, fui adquirindo confiança e participei durante cinco anos num processo de reconstrução da identidade de uma equipa, em torno de três grandes eixos: o melhor que podemos oferecer às doentes, a melhoria das condições de trabalho e a formação sobre a acção.

- **“A minha forma de estar levou-me à construção de um percurso sindical”**

Face à minha formação sócio-política, ideológica e origens, perspectivava a acção

colectiva como o único meio para alcançar a melhoria das condições de vida e de trabalho. Simultaneamente, era impensável não ter regularizada a quotização sindical ou não participar nas acções sindicais, o que para mim implicava intervir nas discussões, apresentar pontos de vista próprios e procurar que os colegas se envolvessem mais activamente nos assuntos relativos à profissão.

Esta era a minha forma de estar nas coisas e não teria sentido se assim não fosse. Contudo, estava determinada a não assumir responsabilidades em nenhuma organização. Por um lado, tinha vivido dez anos de uma experiência riquíssima, mas que quase não me deixaram tempo para pensar em mim. Por outro lado, a realidade sócio-político portuguesa tinha sofrido profundas alterações.

Vivi o 25 de Abril com a esperança e a alegria que representou a liberdade conquistada, mas com total inexperiência de conviver com uma realidade sócio-política radicalmente diferente, onde a emergência do político consubstanciada nas múltiplas organizações partidárias, parecia de repente tornar a intervenção social num xadrez, onde, quase não existia espaço para aqueles que acreditavam ser possível continuar a intervir socialmente, sem ter de obrigatoriamente tornar-se militante de um partido. Também aqui e neste campo era necessário reaprender e co-construir novos percursos e para isso tinha que dar-me tempo e espaços para o fazer. O sindicalismo, enquanto organização social, parecia-me, pois, ser o espaço privilegiado para encetar caminho.

Assim, paralelamente à reaprendizagem no domínio dos cuidados de enfermagem, adquiria conhecimentos relativos à forma como os enfermeiros assumiam e participavam na sua organização sindical. Face ao meu entendimento de sindicato, ou seja, um recurso colectivo para o desenvolvimento da profissão e para a melhoria das condições de vida e de trabalho, em coerência, não poderia remeter a responsabilidade apenas aos outros.

Neste sentido, fui 'lavrando terreno' conducente à participação mais directa no trabalho sindical. Fui, assim, eleita delegada sindical, no momento em que se negociava a carreira de enfermagem. Percebi que muito do que aí se discutia e propunha era tacitamente aceite pelos colegas e que o delegado sindical era mais um enfermeiro com informação acrescida, com dificuldades em trabalhar no contexto local, comprometendo o seu papel como dinamizador de respostas organizadas para fazer face aos problemas locais de trabalho. Não era esta a forma de desenvolver a actividade sindical na qual acreditava e esperava do sindicato.

Entendia que sendo o sindicato de todos os sócios, importava, pois, que o maior número de elementos o pudesse sentir e entender nesses termos.

Sabia também que alguns dos problemas enfrentados eram comuns aos vários trabalhadores, quer do hospital, quer da função pública, nomeadamente no que se referia a aumentos salariais e regras de concursos. Contudo, pela primeira vez, mergulhava na necessidade de aprender a lidar com normativos legais em função da defesa dos interesses dos enfermeiros e da afirmação da profissão como forma de trazer à discussão colectiva, perspectivas que não decorressem apenas das análises político-sindicais. Foi com os colegas delegados e dirigentes com quem partilhei um trabalho colectivo que fui entendendo os meandros da vida sindical e os diferentes modelos de intervenção, nomeadamente os que eram adoptados pelos diferentes sindicatos dos enfermeiros.

Mais tarde, fui eleita para a direcção de um sindicato. Ao longo dos tempos, fomos desenvolvendo um percurso que nos permitiu tomar consciência acrescida da necessidade de repensar a organização sindical. O desenvolvimento e consolidação de novas dinâmicas não eram consentâneos com uma estrutura de suporte onde: os dirigentes se limitavam a passar pelo sindicato para as reuniões de direcção e para despachar correspondência; os sócios que aí se dirigiam apenas contactavam com os administrativos; os meios para produzir informação se limitavam à existência de uma máquina de *gestetner* para reproduzir textos gravados em *setencil*; as quotas eram descarregadas em grandes livros que funcionavam desde o início do sindicato, há cinquenta anos; e onde a sindicalização fazia parte dos objectivos organizacionais. O trabalho desenvolvido tinha demonstrado que as idas aos locais de trabalho não podiam ser apenas em momentos de greves ou de eleições, os programas de trabalho tinham passado a incluir tempos de permanência de dirigentes para receber sócios e a sistematização de objectivos em relação às reuniões com enfermeiros nos locais de trabalho, recolhendo os problemas mais sentidos e ajudando a procurar soluções e apoiar a organização local. De qualquer modo, havia entendimentos diferentes entre os elementos da direcção.

Outro dos aspectos que merece referência neste processo é o facto de ter sido uma das primeiras mulheres a assumir a liderança, num sindicato profissional com um traço comum à profissão, a feminização. Nunca fui grande aliada das teorias e práticas dos movimentos feministas, apesar de, no plano da análise, inte-

grar as desigualdades de oportunidades que as questões de género provocam e de ter consciência que, no contexto das organizações, tais desigualdades conduzem a que às mulheres seja exigido maior dispêndio de energias para um desempenho igual ao dos homens e que, para ser reconhecida, foi sempre necessário comprovar, ou seja, há necessidade de produzir resultados visíveis. Neste sentido, representou um enorme desafio assumir esta responsabilidade, mas simultaneamente gerou sentimentos de orgulho no reconhecimento por parte dos colegas.

Constatei também que a participação cívica das mulheres nas organizações era menor do que a dos homens, mesmo numa profissão maioritariamente feminina. Transportamos o peso da história, voltamo-nos mais para dentro e não para fora, dando origem a uma menor participação, ou a uma participação por forma indirecta. Isto acontece, em minha opinião, mesmo com mulheres que não tenham família. Tenho percepção face ao meu vivido, ainda que não tenha feito qualquer estudo nesse âmbito, que sempre que as organizações vivem maiores dificuldades, por razões várias, são as mulheres que as aguentam. Sempre que as coisas estiveram mais complicadas era mais fácil os homens 'saltarem fora' do que as mulheres.

6.4. Três instrumentos de profissionalização marcaram um novo ciclo

Para além da intervenção norteadada pelos pressupostos defendidos, e com resultados visíveis (nomeadamente duas revisões salariais, o reconhecimento do risco profissional, reforma antecipada e condições especiais para os enfermeiros de psiquiatria e oncologia e introdução de um sistema de avaliação), sem escamotear tensões e clivagens internas, tive o privilégio de participar na construção de instrumentos que vieram consolidar a profissionalização da enfermagem, em Portugal, e que marcaram um novo ciclo, a saber: a integração no ensino superior, o estatuto profissional dos enfermeiros e a Ordem dos Enfermeiros.

O entendimento deste novo ciclo implica, contudo, a compreensão da evolução da profissão e da formação, em Portugal. A formação em enfermagem desenvolveu-se de forma extremamente rápida, onde as mulheres assumiram lideranças importantíssimas e a geração de cinquenta determinou as alterações ocorridas em sessenta, cujos reflexos ainda hoje, se fazem sentir, nomeadamente sobre o entendimento da profissão. Um dos aspectos a salientar, neste processo, prende-

se com a passagem a um nível único de formação em enfermagem, que, embora parte dele tenha decorrido no período em que estive ausente do país, é minha convicção de que, se estamos hoje aqui, deve-se à estratégia desenvolvida! Estrategicamente foi muito bem construído, consubstanciado num quadro político que o potenciou e que a responsabilidade assumida pelos sindicatos permitiu.

Estamos a falar de gente, para quem o acesso à enfermagem representava mudança de estatuto social. Indiscutivelmente, ser auxiliar de enfermagem era ser enfermeiro. Ninguém dizia Sr. Auxiliar de Enfermagem. Ser enfermeiro, apesar de tudo, representava um estatuto social superior [ao que detinham].

Uma jovem que tivesse: saído da aldeia, onde os pais trabalhavam na fábrica, profissão que nunca quis para si; vindo para a cidade com a 4ª classe; tirado o curso de auxiliar de enfermagem; e passado a ser enfermeira, quando voltasse à terra, havia um reconhecimento, havia promoção social. Depois, tinha emprego e uma remuneração superior à média. Claro que sempre se ganhou pouco comparativamente, por exemplo, com os médicos.

Na Escola de Enfermagem Artur Ravara, a proporção da formação de enfermeiros/auxiliares de enfermagem era de 1 para 3. Quando se deu o 25 de Abril, a proporção era de 3000 a 3500 enfermeiros para 15000 a 15500 auxiliares enfermagem. Num curto espaço de tempo, entre 1975 e 1981/82, conseguimos ter quase 15000 pessoas com a mesma formação teórica em enfermagem. No espaço de 6 anos, deu-se a possibilidade de 15000 pessoas fazerem formação teórica em enfermagem, com toda uma carga horária e um processo rigoroso de avaliação subjacente.

O currículo teórico dos auxiliares enfermagem foi avaliado e analisaram-se as discrepâncias relativamente ao Plano de Estudos, do Curso Geral de Enfermagem, de 1976. Nem sequer foi de acordo com o plano de estudos do meu curso, por exemplo. Estava-se a falar do mais actual! Neste processo formativo, houve escolas que aderiram e outras, não. Abriam-se centros de formação e desenvolveu-se todo o sistema de certificação de adquiridos.

Mas a extinção de auxiliares de enfermagem, ou seja, a criação de um só nível de formação, não foi isenta de tensões, confusões e lutas, nomeadamente para a ETE. Não é por acaso que as auxiliares de enfermagem apresentaram um abaixo-assinado para lhes ser dada oportunidade para fazer um curso de promoção, e ao qual disse logo que sim. Também não é por acaso que o movimento contrário foi

encabeçado por professoras da ETE e outros que, não sendo da ETE, também defendiam a lógica da diferenciação enfermeiros/auxiliares de enfermagem.

É preciso não esquecer que a evolução da profissão fez-se muito pelo que os enfermeiros granjearam na gestão e administração dos serviços e não tanto pela prestação de cuidados. E isto, embora necessário e fundamental, nessa etapa do desenvolvimento histórico, que não contesto, na minha opinião, desvirtuou o 'coração nobre' da profissão. Esta é uma dificuldade, que ainda temos hoje, muitas vezes de forma inconsciente. Mas, de facto, é bom que tenhamos essa noção, porque isso não está ultrapassado e tem o peso decorrente do facto das gerações que vivenciaram.

• A integração no ensino superior

Estávamos neste processo [de passagem a um nível único de formação] quando surgiu de forma mais contundente a questão da integração do ensino de enfermagem no ensino sistema educativo nacional. Acho que, na altura, não existiam condições objectivas à concretização da passagem ao ensino superior.

Havia uma heterogeneidade de formações prévias à enfermagem, ou seja, de habilitações académicas, mais do que em enfermagem, propriamente dita. Em 1965, passou-se a exigir o 5º ano dos liceus, para o acesso ao Curso Geral, e o 2º ano para o Curso de Auxiliares. Contudo, tendo-se mantido a proporção de 1 enfermeiro para 3 auxiliares de enfermagem continuaram a existir mais elementos com o 2º ano. Por outro lado, embora a habilitação académica mínima de acesso ao ensino de enfermagem fosse o 9º ano ou equivalente, a evolução da sociedade portuguesa obrigou a que, na prática, apenas fossem admitidos alunos com o 11º ano. O ensino democratizou-se, de tal forma que foi a evolução social a condicionar o acesso e não tanto a própria profissão. No que respeita à formação inicial, em enfermagem, a evolução fez-se, pois, de fora para dentro e não de dentro para fora, ou seja por pressões sociais.

A integração no ensino superior foi um processo cheio de tensões, evidenciando vários acontecimentos. Quando [no sindicato] demos conta, estava a ETE, isoladamente, a tentar fazer um protocolo com a Universidade Nova de Lisboa, tendo em vista a sua integração no ensino superior. Se algumas escolas de enfermagem, e não o ensino, passassem a ensino superior, naquela altura, teríamos novamente uma diferenciação notória, com reflexos posteriores.

Em 1982-83, houve um movimento de enfermeiros professores, ou, pelo menos, foi assim que eles se apresentaram no sindicato. Propunham, então, que fossem imediatamente integrados na carreira docente do ensino superior.

Disse-lhes que levava o assunto à direcção, mas havia, desde logo, algo que não me parecia coerente:

- Porque se reivindicava a integração dos docentes e não do ensino de enfermagem? Em consequência, os docentes adquiririam o estatuto reivindicado.

O sindicato considerou que [esta proposta] não fazia sentido. Estavam em jogo duas lógicas de concepção da integração do ensino de enfermagem. Uma, que tinha por base uma fase de transição de modo a garantir a integração do que existia e outra, em que se pretendia a integração independentemente disso. Começou-se, então, a trabalhar para a integração do ensino de enfermagem no ensino superior. Foi preciso muito trabalho, para que, no período de transição, fosse encontrada a forma mais séria e exigente, que integrasse o passado, porque a não integração do passado significava a manutenção da diferenciação. A aquisição de graus académicos não podia ser vedada a nenhum enfermeiro independentemente do seu percurso de formação em enfermagem.

Foi um processo muito interessante! A necessidade de vingar [o processo] no exterior implicou concerteza muito trabalho e a superação de obstáculos, mas a luta internamente foi muito dura! Por muito estranho que pareça, houve mais dificuldades internas do que externas.

• A construção do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermeiros

Tenho na memória os discursos dos enfermeiros em torno da necessidade de clarificação da autonomia profissional, sobretudo quando se sentiam ameaçados no que cada um entendia ser o seu campo de actuação ou através de comportamentos assumidos pelas hierarquias técnicas, pelos médicos, por outros técnicos, pelos auxiliares e pelos utentes. Contudo e muito compreensivelmente, sempre que se tentava operacionalizar um instrumento jurídico, regulador do exercício profissional dos enfermeiros, não se conseguiam consensos em relação ao conteúdo a contemplar.

O enquadramento político subjacente a esta matéria implicava a introdução de legislação no quadro jurídico português que conferia à enfermagem um estatuto de profissão de saúde, no mesmo patamar das restantes profissões, com poder

de decisão sobre o seu próprio objecto de trabalho. Ora, qualquer intervenção nesta matéria teria de contar com o que permanecia no imaginário de cada enfermeiro, reportado este, ao entendimento relativo aos (des)equilíbrios de poderes profissionais no seio da saúde.

Tudo isto implicava níveis de definição estratégica diferentes de todos os outros processos em que, até aí estivemos envolvidos (entre eles, a melhoria das condições trabalho e o reconhecimento salarial). Tratava-se de adoptar estratégias que permitissem consagrar uma ruptura que, uma vez assimilada pelos enfermeiros, alteraria as relações de força nos contextos da prática profissional.

Estava em jogo a desconstrução do papel tradicional dos enfermeiros como auxiliares de médicos, conduzindo à construção de um novo papel social, por um lado, desafiando a novos caminhos a percorrer para que os destinatários dos cuidados atingissem esse mesmo entendimento, por outro. Não passava por fazer reuniões ou plenários, com vista à aferição de proposta a apresentar ao governo. Tratava-se, sim, de com os enfermeiros questionar as suas concepções e ideologias profissionais e reconstruir o quadro de referência subjacente à prática profissional. Era uma esfera de intervenção que transcendia o papel tradicional dos sindicatos, mas simultaneamente crucial para a profissão e seu futuro, razão pela qual também não poderia deixar de, com os enfermeiros, trabalhar esta área.

A par disto, o ICN vinha a desenvolver as primeiras orientações no sentido das Associações Nacionais investirem também nesta área. Em Portugal, cabia à Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE) essa responsabilidade. O sindicato desenvolveu um trabalho conjunto e integrou dois dos grupos de trabalho criados pela APE, para o efeito. Não foi fácil desbravar caminho, pois, se havia consenso em relação à necessidade de regulamentação do exercício, não havia em relação às estratégias a adoptar, entre as diversas organizações. Algumas das enfermeiras da APE exerciam funções nos Serviços Centrais Ministério da Saúde, e se isto, por um lado, era, potencialmente, uma mais-valia, por outro, não deixava de enraizar uma visão de distanciamento da discussão e construção com os enfermeiros. Participei em algumas reuniões, maximizamos os aspectos consensuais, aquilo que politicamente se chama, o estabelecer de alianças estratégicas.

O sindicato mantinha, contudo, a noção que só um trabalho de projecto asseguraria o envolvimento alargado dos enfermeiros. Elaborou-se um questionário que foi enviado a todos os sócios, que permitiu, sobre as respostas obtidas, identificar os

aspectos mais controversos, em torno dos quais foi construído um projecto de formação, realizado em todas as capitais de distrito, durante dois dias. Este processo deu origem à construção de um anteprojecto de lei, aberto à discussão com os enfermeiros. Foi no quadro dessa discussão que contámos com Françoise Collière, numa conferência realizada para o efeito. Tudo isto culminou com a construção e apresentação de uma proposta de lei ao Ministro da Saúde. Foi uma experiência riquíssima para a (re)construção de concepções estruturantes de enfermagem.

Quase em simultâneo, o secretário da saúde nomeou um grupo de trabalho, composto por elementos das várias organizações profissionais, a quem competia analisar e propor aspectos relacionados com a regulamentação profissional, em enfermagem. Percebi que estávamos perante um movimento antecipatório, por parte do poder político, ao normal processo negocial, a que a entrega do projecto de Estatuto obrigava, com tudo o que isto representava. Foi uma das fases mais controversas e de maior dificuldade para a organização sindical, que não cabe aqui e agora desenvolver. Estávamos no início da década de noventa.

Entretanto, alguns sindicatos, que pouco se tinham envolvido no processo, defendiam a criação da Ordem dos Enfermeiros, e seria, no entender destes, a esta organização que competiria a elaboração da regulamentação profissional.

Na minha leitura, a futura orientação política da profissão estava no cerne da questão. Só a recentragem no essencial para a profissão permitiu tomar a decisão de continuar a participar, tendo como referência o projecto de Estatuto Profissional apresentado pelo sindicato, após discussão com os enfermeiros. Desta fase, recordo-me particularmente da necessidade em se clarificar o entendimento da profissão que suporta o tipo das intervenções dos enfermeiros, havendo no grupo de trabalho quem admitisse consagrar em lei 'intervenções dependentes'³⁹. Para nós, no momento em que se discutia a construção do enquadramento jurídico de modo a consagrar a autonomia profissional, isto era algo absolutamente impensável. A complementaridade, sim, fazia-nos sentido.

• A Constituição da Ordem dos Enfermeiros

No que respeita ao órgão de regulamentação e controlo do exercício profissional,

³⁹ Que resultam do trabalho desenvolvido em complementaridade com outros profissionais de saúde.

se havia consenso sobre a sua necessidade de autonomia face ao poder político, não era evidente o formato que devia assumir. Chegaram-se, mesmo, a configurar duas possibilidades: a de um organismo tutelado e a de um organismo autónomo. A opção por uma ou outra alternativa não era alheia à recomposição dos poderes profissionais e das concepções que lhes estão subjacentes no que respeita ao poder dos enfermeiros livremente organizados, assim como à delimitação das funções que deveriam ser acometidas ao organismo de regulamentação e controlo do exercício profissional.

Foi uma fase muito difícil, de muitas incertezas, dúvidas e sobre a qual, pouco tempo passou para que se possa fazer história. Importa, sobretudo, que se tenha criado um órgão que assegura a tomada de decisão dos enfermeiros sobre o que à profissão diz respeito. Foi um privilégio participar em todos estes processos onde, desde muito cedo, tive a noção dos diferentes mandatos sociais acometidos a cada organização Sindicato e Ordem dos Enfermeiros.

6.5. Resgatando o passado, construindo o futuro

• “A enfermagem deve ter mestrados e doutoramentos?”

Ainda hoje, há pessoas que questionam se a enfermagem deve ter mestrados, doutoramentos. Está em questão a noção da enfermagem. Estas coisas não se eliminam!

Na saúde, ainda, há a noção de que quem determina é o médico. Temos portanto a ideia de pirâmide. Com as outras profissões da área da saúde, por exemplo, psicólogos, farmacêuticos, não há problemas porque não são interventores directos no processo de gestão e organização dos cuidados, o que não é o caso. O facto de que os/as médicos/as e enfermeiros/as têm que, ambos, assumir decisões propicia questões como:

- Quem é que decide? Quem determina?

Há fenómenos que mais do que fazer grandes discussões em torno deles, importa intervir face ao objectivo central.

• “A grande reviravolta passa pela afirmação na prestação de cuidados”

Pessoalmente, tenho cada vez mais a convicção de que, assim como foi importante no passado uma afirmação organizacional pela via local das chefias, a

grande reviravolta do futuro passa pela afirmação na prestação de cuidados. É nesta área que temos que trabalhar bem o futuro. De resto, intervém-se, é importante o papel das chefias, mas é por aí! Contudo, não é fácil!

Nos primórdios, a afirmação fez-se pelos cuidados que eram necessários para garantirem as melhores condições de tratamento da doença. Posteriormente, passou pelo reforço das hierarquias. Agora, num contexto de mudança das concepções de gestão, se não formos capazes de evoluir no que diz respeito ao papel dos enfermeiros no processo de prestação de cuidados, corremos o risco de qualquer um os prestar.

Temos dificuldade em assumir que a segurança e o conforto dos utentes/doentes são os eixos vinculativos da profissão. São eles que nos vinculam ao utente, às pessoas de quem cuidamos. Espera-se isto de nós, mas há quem pense que isto é menor! A formação tem que atender a isto.

No entanto, na minha leitura é um drama, porque, na actualidade, “ensinamos sem estarmos”. Se por um lado, provavelmente, a certificação de competências do enfermeiro especialista virá contribuir para a mudança. Por outro, hoje, cada um está muito na defesa dos seus interesses pessoais, o que é francamente desfavorável à construção de uma visão estratégica de conjunto. É uma dificuldade! Temos uma grande visão prática das coisas, talvez por sermos mulheres, e não tanto estratégica, o que dificulta a discussão da problemática.

• **“Seria interessante estudar a evolução das relações de dominância na saúde, na perspectiva de género”**

Seria muito interessante estudar, daqui a 10 ou 15 anos, os reflexos da entrada massiva das mulheres na medicina, ou seja, estudar a evolução das relações de dominância na saúde, na perspectiva de género.

Na minha visão, isto pode gerar dinâmicas de complexidade acrescida no sector da saúde, ou seja, a enfermagem sempre esteve conotada com o feminino e a medicina com o papel masculino. A alteração disto o que é que vai dar?

Vai trazer novos dados! Até porque há serviços onde a medicina já é exercida maioritariamente por mulheres e não estou a pensar nas pediatrias por terem um cunho muito especial, onde seria muito interessante analisar os reflexos existentes.

7. DALI, CONSTRUÇÃO DO PERCURSO DE CONSCIENCIALIZAÇÃO DA SUBORDINAÇÃO DAS MULHERES

7.1 Vivência da juventude ao curso de enfermagem

• “Em jovem já tinha um espírito reivindicativo”

Era a mais nova dos quatro irmãos: duas raparigas, um rapaz e, depois, eu. Nenhum deles estudou. O meu irmão fê-lo já, como trabalhador estudante. A minha mãe foi a grande sábia em convencer o meu pai e o meu irmão, de que eu deveria prosseguir os estudos. Queria que fizesse um curso, fosse ele qual fosse: professora ou enfermeira, era indiferente. Portanto, quando acabei o 9º ano, o director da escola, que gostava muito de mim, talvez por ser aplicada, ofereceu-me um livro e disponibilizou-se para me arranjar trabalho na Câmara Municipal, mas o meu pai, aí, disse-me que, se quisesse, podia continuar a estudar. Idealizava-me professora, numa escolinha de uma aldeiazinha, com galinhinhas, couvinhas e ovinhos. Via-se a passar férias comigo e os dois a sermos muito felizes em prol daquela comunidade. É engraçado! Alinhei nisso.

Preparei-me, mas chumbei no exame de admissão. Sofri imenso, porque era uma rapariga de êxito. Depois, fiquei mais sossegada e apaziguei o meu sofrimento quando me dei conta da muita influência e compadrio, na admissão. Apesar de se fazer um exame pesado, que incluía uma prova escrita de matemática, de português, de geografia e outras disciplinas de que não me lembro, a lista dos candidatos admitidos, curiosamente só apresentava os nomes, sem qualquer referência às classificações.

Para mim, isto não fazia qualquer sentido. Já tinha um espírito reivindicativo. Recordo-me bem de ter ido à secretaria perguntar qual tinha sido a minha nota e reivindicar a publicitação das notas. Mas toda a gente me virou costas!

• “A minha vida leva-me a questionar os discursos sobre a vocação”

Vim a chorar o caminho todo para casa, temia pelo desgosto que ia dar ao meu pai. O destino pôs um irmão dele, tio meu, portanto, naquele momento, no meu caminho. Conteí-lhe o que se estava a passar. Olhou para mim e disse-me:

- Não chores, Dali. Soube que abriu a Escola de Enfermagem, aqui na cidade. Olha que ser enfermeira é tão bom! Vai à escola e informa-te, Dali.

Dizia isto de forma muito sentida. Tinha sido operado ao coração recentemente.

Contudo, quando me disse aquilo, a primeira coisa que pensei foi: “que horror ser enfermeira. Desmaiava por tudo e por nada e, se visse sangue, era queda certa. Era impensável uma coisa dessas.”

Parece que me leu a minha expressão e prosseguiu com o seu testemunho recente

- Olha, fui operado ao coração, e vi aquilo. As enfermeiras são muito acarinhadas por toda a gente, dão muito carinho também. Têm direito a alimentação e alojamento, lá dentro. Portanto, vais ganhar, ter casa e alimentação, sem despesas nenhumas.

Ainda estava em crise por ter reprovado. Pensei: “bem, pode estar aqui uma grande solução. Chego a casa, não levo uma, mas levo outra”. Assim foi. Fui logo à Escola de Enfermagem, havia vagas e inscrevi-me. Encontrei no sector administrativo uma colega, que tinha andado comigo na escola. Felicitou e incentivou à divulgação do curso entre as minhas amigas. Bom, cheguei a casa com uma alternativa a apresentar ao meu pai. Senti o maior apoio por parte dele, o que aliviou imenso o meu ‘ego’.

Portanto, sempre que vejo os alunos angustiados a quererem omitir as suas preferências, até porque, ainda temos tendência a pressioná-los pela questão da vocação, conto-lhes a minha história e assumo perante eles, que a minha opção pela enfermagem não foi pensada. Ainda, achamos que tudo nasce connosco, parece que tudo é muito natural, na mulher. Pensámos, ainda, que as mulheres nascem para serem esposas, mães e a enfermagem vem na mesma linha. Tudo parece, naturalmente, traçado na vida das mulheres.

• “Os meus pais foram os alicerces da minha profissão”

Minha mãe, apesar de não ter influenciado na opção profissional que fiz, é capaz de tê-lo feito depois, em relação à minha postura. Em tempos, tinha trabalhado, servido, em casa de médicos, em Lisboa, nomeadamente num otorrinolaringologista. Possuía muitos conhecimentos e tinha mesmo, assistido a partos. Mas mais do que isso, é uma mulher com uma enorme sabedoria. Curava qualquer doença, que em miúdos tínhamos, sem um único medicamento, desde a amigdalite bacteriana à coqueluche. Curou tudo, com os meios ao alcance da natureza, desde as ervas, as papas, os chazinhos, os limões, etc. Tudo o que pudesse ir buscar à natureza, lá ia ela.

Acho que toda a minha família é muito curativa, sobretudo as mulheres. Tenho várias enfermeiras na família e as minhas irmãs, não o sendo, fazem muito do cuidar, muito próximo das nossas funções autónomas, ou seja, apoiando a pessoa naquilo que ela não pode fazer por si só. E isto fomos buscar ao seio da minha família, à educação da minha mãe.

Parece ironia do destino! Fui parar à Enfermagem, por mero acaso, mas depois, no seio familiar, encontrei o suporte de muito do que sou hoje. Os meus pais foram duas dádivas no seio da família e, depois, os alicerces da minha profissão. O meu pai influenciou-me em termos ideológicos e políticos e a minha mãe na perspectiva do carinho, da disponibilidade, do altruísmo, do cuidar que, na verdade, estão na génese da nossa prática de cuidados. Mas eram completamente diferentes.

A minha mãe foi sempre uma mulher de 'imensas certezas'. A verdade dela estava acima de todas as verdades. Era muito religiosa, retratava o homem como um bicho papão, como uma serpente, como uma raposa matreira, pronta a enganar as meninas, com falinhas mansas e de diabo. Era como se fosse o diabo transformado em corpo de homem e de santo. Lembro-me de admitir a sexualidade só na vertente procriadora e rezar logo o terço de seguida, porque era um pecado não mortal, mas venial. Enquanto isso, o meu pai era ateu e de ideologias completamente opostas. A minha mãe rezava e o meu pai pregava-lhe sermões e insultava-a porque não acreditava em nada daquilo. Às vezes, questiono-me se os meus interesses pela área da sexualidade não estão relacionados com tudo isto.

Vivi, em termos de educação, rupturas completas. Geri isso, não sei se bem ou mal, mas essas coisas cá ficam.

• “Ao fim de trinta anos de profissão aceito a sabedoria da minha mãe”

Como disse, a minha mãe era uma mulher muito cuidativa, mas a minha postura em relação à aceitação desses saberes, é recente. Ainda há pouco tempo lhe disse para escrever todos estes saberes e deixar-nos esse enorme legado. Mas só agora fui capaz de o fazer. Nunca consegui dizer-lhe isto antes.

Nos anos últimos anos, quando li Collière e talvez porque a li, pensei que a minha mãe tinha seguido aquele caminho, como esta autora refere, e a mim restava-me respeitá-la. Se não fossem os desenvolvimentos que fazemos ao longo da vida,

penso que não conseguiria enxergar isto. Hoje, percebo o seu contributo para a compreensão da profissão. Mas é interessante porque, como enfermeira, tivemos muitos conflitos inerentes aos seus saberes profanos e sagrados. Havia uma rivalidade enorme entre nós. Dizia uma coisa e ela combatia-me. Dava-lhe um conselho e ela sobrepunha-me. A 'guerra' era de tal forma, que não aceitávamos os saberes uma da outra.

Historicamente, tudo isto se percebe. Fizemos uma perseguição a toda a sabedoria popular. Lembro-me, na Maternidade, quando as mulheres vinham com sabedorias, reagia logo. Não gostava, não achava graça nenhuma. Não havia espaço para a parte cultural, dos saberes. Era o meu saber médico que prevalecia, mostrava, de forma delicada, que a sabedoria médica era superior à sabedoria popular. Daí que ela tivesse muito orgulho em mim, mas nunca deixou de pensar que ela era uma boa enfermeira, talvez melhor do que eu.

• **“Que impacto tiveram também a política e a escola democrática!”**

Sou do curso que iniciou em meados da década de setenta e terminei três anos mais tarde. Na altura, tinha o 9º. Vim a fazer o 12º depois, em regime nocturno, logo no início da vida profissional. Estávamos naquela época, quente, do pós-25 de Abril. Fui muito feliz na formação inicial. Tudo era extremamente apaixonado e motivador, no sentido de exigir aquilo que era o nosso ideal político. Lembro-me das minhas ideias revolucionárias, dos valores reivindicados de justiça e de igualdade.

Havia um clima muito bom na escola, e homenagem seja feita à Directora de então. Era uma escola verdadeiramente democrática e extremamente inovadora. Imagine-se que já, na altura, era-nos atribuída, uma ponderação na avaliação final. Reuníamos aquando dos ensinamentos clínicos, os alunos de manhã e os professores à tarde, lógico. Analisávamos os percursos e decidíamos a nota que cada um de nós ia ter. Apesar de sermos jovens adolescentes, com 16 a 18 anos, tínhamos uma maturidade que não sei onde é que a íamos descobrir. As notas eram assimétricas, não eram homogéneas, não! Atribuíamos a classificação, fundamentando através de um memorando relativo a cada aluno/a; dezasseis, catorze, quinze valores, nos dezoitos nem se pensava, mas também havia dez e onze valores. Depois, reuníamos-nos com os professores. Eles expunham a nota que nos atribuíam e nós a nossa. Venciam eles ou vencíamos nós!

Houve, até, uma situação de pasmar, relativa a um aluno que estava reprovado pelo professor. Os nossos argumentos foram mais válidos do que os do professor e ele passou. Hoje, é director ou tem um cargo de destaque em órgãos de gestão. Houve uma outra situação que, hoje, seria impensável. Nessa altura, estávamos no estágio de Pediatria, a professora teve os seus impedimentos e não passou por lá. De uma forma madura, fomos falar com ela, dizendo-lhe que era bom que fosse ao campo de estágio, porque não nos estávamos a sentir apoiadas. Estavam a acontecer coisas que queríamos partilhar com ela. As semanas sucederam-se até que o estágio acabou sem que por lá tivesse passado. No final, depáramo-nos com a pauta de classificações, sem qualquer justificação.

Fizemos parar totalmente o Conselho Escolar que, na altura, tinha um carácter muito formal e com algum protocolo. Estavam presentes médicos convidados que tinham tido alguma influência na criação e abertura da Escola, todos do exterior, a directora, os professores e um representante nosso, o delegado. Impedimos que as notas saíssem. Não estava em causa se era dez, catorze ou dezasseis valores. Estava em causa a não justificação das notas. Ainda hoje, não há história de uma coisa daquelas.

A reunião prolongou-se pela madrugada. Eram três horas da manhã, a família, os namorados e os amigos estavam à porta da escola e nós lá dentro, num *complot* medonho, a impedirmos que houvesse decisão. Os professores, a directora, toda a gente 'bufava'. E nós de meias, atrás da porta, a escutarmos a coitada da nossa colega que estava lá dentro, como porta-voz com o 'arcabouço' suficiente para nos fazer vencer e se fazer justiça. Os professores ganharam, saíram as notas e não nos deram justificação nenhuma.

No início do período, fizemos uma greve, tipo guerra-fria. Decidimos que ninguém falaria. Devia ser Outubro. Os professores chegavam às aulas e lembro-me de professoras fabulosas, que nós adorávamos, nos dizerem:

- Então, o que é que acham? O que é que pensam disto?

E nós, nada. Se não falassem aquelas quatro ou cinco, ninguém falava. Os outros ficavam sempre calados. Reforçavam:

- O que é que pensam? Gostaria de vos ouvir. Ninguém fala?

Isto um dia, dois dias, uma semana. Ao fim de duas semanas, pediram a um psicólogo para interpretar o mal-estar, os conflitos, a guerra estabelecida entre alunos e professores. Veio um psicólogo, tivemos dinâmicas de grupo e lá fizemos

as pazes.

É interessante recordar o impacto que a política, o estado democrático, e a abertura e inovação da escola tiveram na nossa formação! Norteou-me ao longo da minha profissão! Por certo, tive uma educação muito voltada para aí, por influência do meu pai. As minhas colegas que integravam estes movimentos, também teriam uma educação similar. Era esta educação familiar que, do ponto de vista político, nos fazia movimentar e não nos acomodarmos. Claro que não era a turma toda. Éramos alguns líderes, uns quatro ou cinco, que movimentávamos aquilo, mas todos compreendiam e aderiam às decisões. Não fizemos nada que pudesse pôr em causa a nossa imagem como adolescentes e estudantes, nem das famílias.

Aquela escola marcou-me positivamente na minha adolescência, tanto mais que fomos um dos primeiros a fazer o Curso Geral de Enfermagem. Sentia muito orgulho na minha escola. Se cruzarmos isto e o modelo de formação, que é um dos assuntos que agora estudo, centrado no desenvolvimento da pessoa enquanto jovem adolescente ou adolescente jovem, digo que aquilo era 'perfeito'.

Ainda hoje, quando leio alguma coisa sobre o processo de formação e avaliação, revejo-me no que fazíamos, nessa altura. Foi há 32 anos! Um processo destes exige, realmente, quer uma abertura dos formadores, dos professores, quer uma grande preparação e maturidade dos alunos.

Era um modelo que, hoje, poderia desejar para os nossos jovens e para os nossos filhos, assente na liberdade, respeito e participação. Na época, pintávamos-nos, ajeitávamos as sobancelhas, fazíamos a depilação nos intervalos, falávamos, levávamos os namorados e dávamos beijocas. Fazíamos aquelas coisas todas de beleza feminina, de atracção e de sedução para o namoro. A escola lidava com isso lindamente. A nossa sexualidade pairava em tudo quanto era sítio. Nunca senti repressão. Hoje, é uma queixa presente nas escolas todas, como comprova o estudo que fiz. Os alunos sentem-na por parte dos auxiliares da acção educativa e dos professores. Como pode, ainda na actualidade, haver esta dificuldade?

As professoras vinham para junto de nós, falavam e estavam connosco nos intervalos. Viviam connosco, não as sentíamos só na sala de aula. Brincávamos com elas. Uma altura, enchemos as portas com sacos farinha, uma brincadeira estúpida, mas fizemo-la. A professora ia a entrar na sala de aula e, obviamente, a fari-

nha caiu. Riu-se imenso! O mesmo acontecia nas visitas de estudo. Alinhavam nas noitadas e nas brincadeiras que fazíamos nos quartos. Não havia discotecas, mas, para nós, já eram umas grandes noitadas. Quebravam as regras da instituição, para onde íamos penetrando no nosso meio. Cada uma levava umas coisitas para comer e depois fazíamos, ali, grandes convívios. Metíamos-nos mesmo nos copos, algumas já estavam meias passadas e as professoras estavam connosco. Não sentia hierarquia de poder e isso marcou-me, positivamente, como adolescente para o resto da minha vida. Tudo isto foi consentâneo com os valores da minha família. Não era a anarquia que hoje se vive. Marcou-me muito aquela época e, quando ouço falar contra o 25 de Abril, fico muito chocada. Choca-me porque, realmente, acreditávamos numa sociedade melhor, mais equilibrada e justa.

• “Só recentemente equacionei as questões de género”

O meu curso era predominantemente feminino. Tínhamos dois rapazes muito acarinhados por nós. Na altura, não pensava nas questões de género e, agora, penso nelas, recentemente. Só quando fiz o mestrado, compreendi o significado daquela imagem quando íamos para estágio: éramos colocadas todas em fila, disciplinadas, num modelo totalmente tradicional, e a directora, tal como uma preceptora, media o uniforme a palmo, de cima a baixo, quase punha a mão no joelho e dizia: - Deite a bainha abaixo! Deite a bainha abaixo!

Usava-se a mini-saia, naquela altura, e de que maneira. Era muito o que se usa hoje, é engraçado! As calças largas ou muito justas, as mini-saias, as botas...

Depois, era aquela brancura dos uniformes e o *quepe* que tinha que estar impecavelmente engomado. Transpirava a engomá-lo, por vezes desesperava, sobretudo quando a papa⁴⁰ empastava. Era um símbolo, tinha brio naquilo! Até defendi o seu uso como se fosse uma coisa imprescindível e essencial à profissão.

Estou a pensar nisto pela primeira vez! Só tive esta percepção quando, realmente, fiz estudos avançados e comecei a perceber que significaria a pureza, a virgindade, a dedicação da mulher, o altruísmo, a submissão. Aí, comecei a pensar na força que um uniforme tinha numa profissão. Era um símbolo de orgulho! Nós orgulhámo-nos!

⁴⁰ Era engomado com goma, farinha triga ou maizena diluída, em água.

7.2. Des/encantos do início de uma vida profissional

- **“Primávamos a aparência como marca de competência e de diferença”**

Lembro-me de eu e uma colega fazermos questão de entrar no serviço, nos primeiros anos de profissão, na Obstetrícia, impecavelmente fardadas. Toda a gente parava para nos ver vestidas com o uniforme. Do nosso penteado, nem uma franjinha caía para a frente, o *quepe* no sítio, preso com os ganchinhos branquinhos. Não eram castanhos, eram branquinhos. Tais eram o brio e o aprumo! O orgulho no vestuário simbolizava o orgulho em nós próprias e na qualidade. Só muito mais tarde é que comecei a quebrar um pouco. Mesmo em cargos que ocupei, como o de substituição da chefe, era muito exigente com a aparência física: era a brancura da roupa que devia estar bem passada a ferro e o cabelo bem preso. Acho que ia para além das questões da apresentação e higiene. Era realmente o símbolo da identidade da profissão, que eu defendia com ‘unhas e dentes’.

Era como se olhássemos para uma pessoa e, se a víssemos mais abandonada, pensássemos: “És má enfermeira”. E pelo contrário, se tivesse uma apresentação inquestionável e aprumada, pensássemos: “Esta, sim. Esta é da nova geração de enfermeiros”. Sentia que o Curso Geral se demarcava relativamente ao Curso de Auxiliares de Enfermagem. Não sei se os licenciados de raiz também tiveram esse sentimento em relação aos outros. Provavelmente, sim.

Sentia que era diferente e fazia questão, na prática, de ser diferente, mas fazia mesmo! Ao ponto dos médicos se renderem e de saberem que, com determinado grupo, as coisas eram diferentes em relação ao resto da equipa de enfermagem.

Os pediatras, se tinham problemas, confiavam, se havia dúvidas em termos científicos, partilhavam connosco. Sentávamo-nos a discutir os casos em profundidade com os pediatras, de uma geração nova, como hoje se imagina, numa lógica transdisciplinar. Não digo o mesmo dos obstetras, porque havia lá uma senhora com uma personalidade própria e muito poder. É uma história longa que, agora, não vale a pena contar.

Nós vivíamos, na altura, de uma forma precária. Não havia serviço de neonatologia, nem incubadoras, para os bebés, portanto, tínhamos que improvisar. Lembro-me dos prematuros: de os embrulhar em algodão, de os entubar para alimentar, de colocar, logo, a soroterapia a correr. Tomávamos decisões autónomas e os pediatras nem questionavam. Fazíamos muitas intervenções que, hoje, só prescri-

tas e, mesmo assim, há muito conflito. Elogiavam-nos. Recordo-me de, uma altura, o pediatra me dizer:

- Salvou este bebé.

E tenho a noção que salvei. Era um prematuro, teria trinta semanas ou uma coisa assim, mesmo sem possibilidade de sobreviver. Aliás, a parteira disse-me:

- Pesa e embrulha.

Esta expressão significava 'ir para a morgue'. E o bebé cheio de vitalidade! Ouvir aquela expressão, foi o maior choque da minha vida. Depois do parto, fiquei o resto da noite com o bebé, embrulhado em algodão, com botijas de água quente, a alimentá-lo de dez em dez minutos, com soro, até o pediatra chegar, às dez da manhã. E saía às oito horas. Seis meses depois, a mãe veio-me mostrar o bebé, que tinha sobrevivido. Era o único filho, de uma mulher com história longa de vários abortamentos, de alto risco.

Outras alterações foram levadas a cabo, com o envolvimento da equipa e que tiveram reflexos na prática de cuidados. Fizemos uma revolução total, no serviço. Por exemplo, inicialmente, passávamos o turno sem registos. Depois, fizemos um livro de ocorrências, cujo resultado não foi do nosso absoluto agrado, porque as pessoas só registavam alguns casos e não todos como nós queríamos. Evoluímos para um plano de cuidados, segundo o modelo da Nancy Ropper, ou talvez Wanda Horta, o que era muito inovador, para a segunda metade da década de setenta. Discutíamos, na passagem de turnos, os cuidados, como hoje se prevê ou se defende. Não era uma retórica, discutiam-se de forma personalizada os cuidados prestados. Promoveu-se assim, a reflexão para, na e sobre a acção, em oposição às rotinas instituídas.

Isto para dizer que não era só ter o meu lindo uniforme e preservar a imagem. Era toda uma atitude e postura condigna. Condigna com aquilo que nós achávamos que éramos - uma elite. Possuíamos o Curso Geral, tínhamos muitos saberes. Primávamos a aparência, como marca de competência e de diferença. Era uma questão identitária de fundo, mesmo. Sentíamos-nos diferentes dos auxiliares de enfermagem, afirmávamo-nos de forma diferente e tínhamos competências diferentes. Isto foi mérito da nossa escola. Sentíamos que tínhamos uma preparação científica muito diferente dos outros. É engraçado, porque me senti sempre competente, mesmo quando comecei a trabalhar. Tenho que confessar isto, embora alguns teóricos defendam que se evolui de principiante para perito.

As pessoas começaram a ver a diferença no nosso desempenho e respeitaram-nos a partir daí. Se houvesse algum problema, era connosco. Os médicos notavam a diferença e, quando o grupo falasse, principalmente duas onde me incluo, respeitavam as nossas atitudes. Sabiam que se disséssemos não, era não. Ali, não havia permissividade, nem irresponsabilidade, porque nós não dávamos azo. Suponho que os outros, talvez, pela insegurança e pela sua própria história davam azo a que o poder médico fizesse coisas diabólicas.

• **“O início da profissão foi marcado pela violência política e pela malvadez!”**

Esses primeiros anos, após o 25 de Abril, quando acabei, o curso foram o grande marco e impulso da Enfermagem. Obviamente, houve um trabalho anterior das pessoas cujo modelo ideal se reflecte em mim, na minha geração, mas nós fizemos mudanças impensáveis. Mas também assisti a coisas de grande irresponsabilidade e imoralidade! Do género de haver um único obstetra e um médico anestesista, sendo que um fazia um horário e o outro fazia o horário seguinte. Assim, nunca havia assistência na Maternidade, porque: se havia cirurgião, não havia anestesia; e se havia anestesia, não havia cirurgião. Nunca se juntavam os dois. Como era só um, não podia estar 24 horas e, portanto, ainda estava mais confortável. Estavam sempre em casa, confortáveis e sem trabalho. Era um monopólio. Os conflitos e as injustiças que criaram com tanta pobreza que havia no distrito, na altura, de 1977 a 1979. Apareciam muitas mulheres com práticas de aborto provocado, nasceram crianças mal e, quem sabe, morreram. Fui muitas vezes para o Porto com crianças mortas. Senti muito na pele. Foi grande o sofrimento, para mim, muito traumatizante. Aliás, hoje, penso que sofro de *stress* pós-traumático nocturno por isso. Nos meus sonhos está sempre a componente de sangue, de morte e de terror. Tinha vinte anos, acabado o curso, e ficava a substituir as parteiras que tinham ido fazer formação, algo do género do Curso de Complemento Formação em Enfermagem. Aproveitaram as enfermeiras com o Curso Geral, como achavam que elas eram realmente competentes, e puseram-nas a substituir as parteiras.

Ficávamos 4 horas, no turno das 16 às 20, sozinhas. Ia fazer tarde e chorava todos os dias porque tinha medo, pânico que me aparecesse alguma mulher em processo de abortamento, provocado sabe-se lá como, e metrorragias, o que era diário. Aquilo era um *aparato*. Não tínhamos médico, nem um serviço de sangue à

disposição. Não tínhamos nada e tínhamos que salvar aquela vida!

Para além destas, surgiam outras que entravam em trabalho de parto, algumas com distocias e depois, como não havia assistência, os meninos morriam e nós íamos para o Porto, com eles já mortos, às vezes intra-uterinamente. Lembro-me de um caso profundamente chocante. Fui para o Porto, com um bebé que estava a nascer de parto pélvico, e a cabeça ficou presa. Portanto, ia a mãe com o bebé no meio das pernas e a cabeça lá dentro. Chorava a mãe e vomitava, e chorava a enfermeira e vomitava. Fomos assim. Ia e depois vinha, e tornava a ir com outra e vinha. Numa noite de 12 h, ia duas ou três vezes. Eram três horas de caminho, não tínhamos auto-estrada. Era de uma violência política, de uma malvadez, que não há palavras! Ainda hoje, fico toda arrepiada e vivo isso com muita dor, porque as pessoas tinham consciência. Esta médica, este anestesista e o cirurgião, faziam isto de uma forma consciente, sob a capa de que não podiam fazer melhor porque, realmente, não havia médicos. Como se esta fosse uma forma de pressão política para que houvesse mais médicos! Não. O que eles queriam era estar comodamente a ganhar milhares, em casa, e isto a decorrer assim. As enfermeiras parteiras e as enfermeiras recém-formadas, desgraçadas, é que tinham de salvar o barco ou, não salvar, simplesmente.

Morreu muita criança e outros são, hoje, adultos deficientes, com cerca de trinta anos, ou já morreram. Eram mulheres maltratadas, o que não doía a ninguém. Era a injustiça social que estava ali, a olho nu, e que ninguém assumia! Isto pesou-me. Pesou-me, ao ponto de, ao fim de três anos, querer sair. Não aguentava aquilo! Tinha discussões terríveis com os médicos. Ia para o telefone e dizia-lhes de caras, tudo isto que estou aqui a dizer. Por outro lado, tinha todo outro *complot* de enfermeiras que eram da casa, submissas, que me tentavam acalmar: porque era melhor não falar assim, porque não havia nada a fazer, porque não havia alternativa.

Senti-me muito descompensada pelo que a natureza da minha pessoa provocava, não somos de ferro e, tudo isto, nos debilitando. Senti-me muito 'entalada' quando vi os médicos consultarem o nosso horário para verem quando é que eu estava de turno. Aí, percebi que eu era um problema. Não lidava com aquilo, era muito violento para mim. Ainda hoje, parece que fico a ferver, a recordar isso. Pago muito caro esse terror que vivi nesses primeiros anos da minha profissão.

Acho que são marcos importantes, que tinham a ver com a formação em serviço,

direitos, qualidade de cuidados, respeito pelas profissões e pela importância da interdisciplinaridade e com a redução do poder médico, e a equipa da enfermagem, queria e não queria, tinha medo desse desafio.

• **“Querida ir para a escola, mas fui para a cirurgia”**

Ao fim de três anos pedi transferência. Cansei-me de trabalhar, na obstetrícia, neste registo e fui para a Cirurgia. Nessa altura, o que queria mesmo era ir para a escola, mas por uma informação incorrecta, não entrei. Depois, vieram-me pedir desculpa. Magoou-me ter acreditado naquele discurso, incorrecto, e não ter aprofundado se realmente, poderia ou não, candidatar-me. Assim, já em 1980 poderia estar na escola, que era o meu sonho!

Às vezes, ponho-me a pensar: “Dali, porque seria o teu sonho? Não foi o teu sonho ser enfermeira e foi ser docente?”. Na minha ingenuidade, acreditava que se fosse para a escola ia dar muitos contributos a muitos modelos ‘perfeitos’ e, portanto, ia produzir uma nova geração de enfermeiros. São os paradoxos dos nossos discursos e valores! Achava, por aquilo que observava, que havia muito para fazer e que a escola tinha muita responsabilidade, pelo que estaria melhor, não na prática, mas na escola. Nunca perdi isso de vista, mas fui tentar Cirurgia. Estive lá três anos.

A Cirurgia agradou-me em termos de prestação de cuidados e de equipa médica, onde começava a existir outra postura, ainda que não fosse uma situação generalizada. Havia médicos que propositadamente, não passavam a visita, às 10 horas da manhã, faziam o que, lhes apetecia e, na hora das enfermeiras irem almoçar, obrigavam os doentes a tocar à campainha, para que eles tomassem consciência de que estavam abandonados. A maldade era tremenda, portanto, havia aqui um grupo de médicos, sobretudo uma delas, que era do pior que há, em termos de ética e formação pessoal. De uma maldade sem limites, mas eu enfrentava-a. Avisei-a previamente:

- Faz-me mais isto outra vez e vai passar a visita sozinha. Espero por si até às dez e meia, onze horas. Se não vier, continuo com a prestação de cuidados, na sua totalidade. A partir daí, tenho outras coisas para fazer. Sou humana, não vou ficar sem almoçar.

O refeitório fechava. Era isto todos os dias, não havia mudança nenhuma. Até que me demarqueei e decidi que não haveria visita médica! Criava-me um conflito de

consciência em relação aos doentes, mas o poder médico não seria mais forte, se lhes explicasse as razões. Era muito importante a visita, mas respeitando o trabalho dos outros. Foi o que fiz. Tinha uma força de revirar o mundo. Acreditava que conseguia tornar o mundo mais justo e mais igualitário. E, como acreditava nisso, tudo o que aparecesse pela frente em sentido contrário, nem que tivesse que remover montanhas...

Hoje, acho que sou uma fraqueza medonha!

Consegui algumas mudanças. Na nossa profissão, houve sempre aqueles mais submissos que tiveram o papel de auxiliares do médico que apertavam a bata, serviam o cafezinho ao Sr. Doutor, levavam os processos. Não fazia nada disso. Não pegava nos processos porque eles tinham braços como eu. Passava-lhes, isso sim, toda a informação que entendia que partilhada seria importante para os doentes, e sentia que eles respeitavam-na. Ouvia com frequência comentarem: "Ah! A enfermeira Dali é muito exigente, com ela não há que duvidar, se ela diz...". Isso dava-me força. Depois, vi alguns colegas a aderirem e evoluírem para a minha forma de estar. Outros, não tinham força. E outros ainda, eram muito bondosos e muito altruístas.

Deste último grupo, gostaria de destacar a enfermeira Eufémia. Era uma pessoa que, de beleza, era desprovida. Se quisermos falar de fealdade e retratar a fealdade, era nesse quadro que a retratava. Mas toda a gente ignorava aquele corpo desprovido, porque a voz, o toque, a postura, a entrega, a disponibilidade, eram de tal forma singulares, que só tínhamos a aprender com ela. E era uma auxiliar. Marcou-me muito, nessa altura. Não era submissão, era mesmo bondade para toda a gente, para os doentes, para os colegas e para os médicos. Sem trair aquilo que penso, face a tal bondade, diria: 'nasceu mesmo para aquilo!'. Só queria ser como ela, a esse nível. Que engraçado, nunca tinha pensado nisto!

De facto, as questões identitárias não são lineares, pelo contrário, são muito complexas. A relação dos cursos e da formação inicial cruzam-se com a dimensão 'pessoa', pondo em causa as generalizações que frequentemente fazemos no nosso quotidiano.



7.3. Formação ao longo da vida: espaços/tempos de descoberta

• “Nunca questioneei a minha condição de mulher”

Sempre fui uma mulher muito lutadora e nunca parei. Às vezes, quando penso que me vão obrigar a trabalhar mais⁴¹, custa-me um bocado a aceitar, porque nunca parei. Fiz sempre formação contínua, apostei na Obstetrícia. Entretanto, tinha ficado para mim claro que era a saúde da mulher a minha paixão. Custava-me muito lidar com a doença. A passagem pelo serviço de cirurgia foi uma fuga. Não tinha ‘estofo’ psicológico para aguentar o surto de neoplasias que estava a surgir. Sentia potencialidades para ajudar a nascer, para iniciar uma nova vida, mas não para ajudar as pessoas a lidar com a doença e a morte. Não tinha potencialidades e tive que fugir quando tomei consciência que era um lugar de sofrimento para mim. A obstetrícia também o foi, mas acreditava que o futuro traria mudanças. Começava a entrar mais pessoal e havia já sinais de que algo estava a alterar-se.

Estava ainda na Cirurgia, quando decidi fazer a especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Queria ser ‘enfermeira parteira’, na altura, era essa a perspectiva, a da sala de partos. Hoje, é entendida num sentido mais lato. Não pensei nas consequências familiares, que foram muito pesadas. Inscrevi-me, matriculei-me, entrei e aí vai. Estava casada, tinha um filho de ano e meio e vivia com uma sogra, que não era ‘pêra doce’. Nada disso pesou na minha decisão. Hoje, pensa-se, amadurece-se, anda-se para trás e para a frente. Eu, não. Atirei-me sempre às coisas.

Fui às aulas, tinha que ficar lá. Os transportes públicos eram complicados e não havia via rápida. Fazia-se o percurso pela estrada nacional, que demorava três horas. Mas só estive um dia, nos dois anos que estive lá. Foi o primeiro. Chorei o dia todo com o nariz espetado ao vidro do lar. Disse às minhas colegas:

- Nem desmancho a mala porque, amanhã, vou para casa.

Ficaram pasmadas. Ia aventurar-me a tirar um curso de dois anos, de presença obrigatória, a fazer a viagem de ida e volta, diariamente e sem as facilidades que agora, temos. Levantava-me às quatro da manhã, ia no comboio das cinco, que

⁴¹ Refere-se ao prolongamento legal da idade mínima de reforma para os 65 anos, independentemente do tempo de serviço ser superior aos 36 anos de serviço.

era uma carripa de ripas com frio a entrar por todo o lado, ou ia na carreira, a chover-me em cima da cabeça e debaixo dos pés havia uma grande poça que nem os podia ter, sequer, assentes.

Sempre que o horário das actividades o permitia, ia no autocarro. Às seis da manhã, no Inverno era de noite ainda por umas horas, ia para a rua, à espera que viesse a carreira, a dita carreira, que parava em todo o lado. Não eram expressos. Como não bastasse, os camionistas passavam, paravam e abriam-me a porta. Pensavam que eu era uma prostituta. Lidei dois anos com isto. Nos últimos meses, já grávida do meu último filho, pensava: “vou desistir porque não sou mais capaz. Não me vou sujeitar mais a isto”.

Depois pensava: “E o meu marido”? A casa era ao lado, a 50 metros. “O meu marido está ali a dormir e tem coragem de me deixar assim”. Estavam em jogo, questões de género: achava eu que ele devia vir proteger-me. Mas tive força e nunca veio proteger-me. Eu, ia assim, nestas condições, e o meu marido ia de carro. Alguma vez pensou “vai ela de carro e eu vou de carreira?” Nunca foi equacionado nem na cabeça dele, nem na minha.

De regresso, o meu marido, na rua, com o meu filho ao colo, ia-me buscar ao autocarro. A seguir, dava banho ao meu filho, fazia o jantar, enquanto a família estava toda sentada no sofá à minha espera. Enfiava-me numa cozinha da aldeia, porque a sogra não me deixava fazer a comida na cozinha boa, dentro de casa. Tinha que ir para um anexo, que chovia na cabeça também. Depois, fazia os trabalhos até às três da manhã e assim sucessivamente.

Nunca questionei, se aquilo era justo para mim. Só hoje o faço. Era a minha condição. Não questionava aquilo que era inerente à minha condição mulher. Até deixava a roupa preparada para o meu marido levar para o Banco. O fatinho pendurado, a camisinha, a gravata a dizer com a camisinha, as meias a dizer com o lenço ou com a gravata e os sapatinhos ao lado. Deixava-lhe isso tudo preparado, mas fazia com amor e paixão. Era um orgulho fazer-lhe uma coisa dessas. Venho a deixar de o fazer mais tarde. Deixei naturalmente de fazer muitas coisas, que ele começou a fazer. Nunca houve nenhuma discussão sobre isso.

Foi mesmo difícil este período da minha vida! Duro, duro. Não sei qual era a força que me movia. Era a vontade e o acreditar. Era aquilo que eu queria, não pensava em mais nada. Tudo o resto era acessório: o ter que cozinhar com a chuva a bater na cabeça e ir para a pia lavar à mão, quando eu tinha máquina de lavar.

Tinha condições de luxo, numa aldeia, mas obrigavam-me a fazer tudo o que fosse de sopeira, para sentir que, ali, a minha condição era de mulher submissa e ponto final.

Olho para o passado e orgulho-me. Sinto-me uma heroína. Faz-me pensar que temos uma capacidade sem limite, para aguentar coisas que depois, *a posteriori*, pensámos que era impossível aguentar. Agora, que foi uma exploração, foi. Só uma sociedade tão conservadora como a nossa, com a sua própria história, é que põe a mulher numa condição de inferioridade, deste género. Situação, vivida por mim, como perfeitamente natural e, logo, aceitável! Foi assim que eu vivi. São coisas que uma pessoa vive porque é mulher.

• **“Onde está a doutora? A doutora já chegou?”**

Esse ambiente era muito difícil de gerir, entre o meu marido e eu. Ele estava dividido entre a mulher e a mãe, sofria imenso, mas não conseguia, nem a uma, nem a outra, dizer coisa nenhuma. Não sei como também não explodiu. Lembro-me de pagar a uma empregada e a minha sogra dar-lhe ordens para se levantar, depois de eu sair. Só para eu preparar e tomar o pequeno-almoço sozinha, porque saía para estudar, portanto não podia gozar os direitos que toda a família tinha. Depois de eu virar costas, sentavam-se, pois, à mesa e eram servidos por uma empregada, que eu pagava. Consideravam que eu, para fazer a especialidade, abandonava a minha família.

Quando se reuniam, ao fim de semana, para me ridicularizarem, perguntavam: “Onde está a Doutora? A Doutora já chegou? O que estará a fazer a Doutora”? Soube isso mais tarde, tratavam-me por ‘Doutora’ como quem, ela, uma sirigaita, tem a mania que quer ser Doutora, mas nunca lá vai chegar. Era assim. Vim a sabê-lo muito mais tarde, entre linhas, porque era uma família muito unida e fechada. Aí, foram inteligentes. Nunca me vieram contar absolutamente nada, nem nunca me ‘picaram’, senão, às tantas, entrava em maior sofrimento. Vivi nessa ingenuidade, da família me criticar e eu nem dar por ela e ainda bem.

Portanto, o meu estudo e os meus desenvolvimentos incomodaram. Tal como incomodou o nascimento do meu segundo filho, que planeei. Ninguém me deu os parabéns, porque era uma irresponsabilidade, um segundo filho que ia dar mais trabalho à minha sogra, que estava em casa. Pus o pé no risco, todas as minhas cunhadas tinham um filho e eu ia no segundo. E penso que influenciou a decisão

de não termos o terceiro, com muita pena minha. Para a família do meu marido, fugia à regra das mulheres da família que, embora todas trabalhassem, não tinham prosseguido os estudos.

A minha família via as coisas de forma diferente. Via-me como um modelo, ao ponto de as minhas sobrinhas quererem ser enfermeiras e haver cartas, de uma delas em pequenina, deste género: "Quando for grande quero ser enfermeira, porque quero ser como a minha tia" "Sonho ser enfermeira como a minha tia Dali". E concretizaram, portanto, para eles era um modelo. Só que eu vivia sufocada aqui. Passava muito tempo quase sem sentir, a minha família. Só passava com eles algumas das festas do ano, como o Natal ou quando os meninos faziam anos.

• **"Sentia-me uma docente principiante e insegura"**

Não perdi a escola de vista, mesmo como enfermeira. Apoiei sempre os alunos aquando da realização de estágios no meu serviço. Adorava desempenhar esse papel, porque me dava um prazer imenso. Portanto, mal encontrei uma oportunidade de concurso, atirei-me, e acabei por entrar. Mais uma vez, a família não me deu parabéns de coisa nenhuma. Passava sempre muito ao lado. Não se pronunciavam muito sobre isso. O meu marido, sim. Sempre me apoiou. Desenredava todos os percursos, para que eu conseguisse o que queria, mesmo sabendo que para ele, ia ser doloroso, porque a família ia massacrá-lo.

Entrei na escola. Foi um sonho que concretizei mas, ao fim de um ou dois anos, queria-me vir embora. Era a desilusão total. Estava em causa a falta de *feedback* dos alunos, tal como tinha tido dos doentes nas fases anteriores. Era boa enfermeira e via espelhado isso no comportamento dos colegas, dos médicos, mas principalmente dos doentes, que me adoravam e retribuía todo o calor humano. Iam na rua e vinham-me mostrar: "Olhe, esta foi a criancinha que fez nascer" ou "Quando estive na Cirurgia, foi a Sra. Enfermeira que me atendeu". Estes reforços sustentavam-me e isso não existia na escola.

Nunca chegava, pois, a saber se era competente como professora e comecei a duvidar até. Mais duvidei, ao ver a afirmação dos meus pares, que eram docentes há muito tempo. Sentia que elas sim, eram muito boas e eu não prestava para nada. O discurso delas andava em torno do que faziam. Sentia-me muito mal, muito mal. Acho que alguns dos discursos não os teríamos na prática de Enfer-

magem. É curioso, só estou a pensar nisso agora! Discursos muito pesados, de julgamento sobre a equipa pedagógica, uma contra a outra, uns anos contra os outros. Faziam-nos sentir que éramos maus professores, preparávamos mal as aulas, só reproduzíamos o modelo existente e o modelo a seguir seria outro.

Tínhamos a funcionar apenas o curso geral, em que havia um coordenador por cada ano mas, depois, vivíamos todos para as nossas capelinhas. Recordo-me de, perante o plano de estudos em vigor, à data, integrar a equipa do 1º ano, mas nunca assisti a nenhuma reunião com as equipas docentes dos outros anos. Aliás, quase não as conhecia. Havia muitas críticas, sempre de mal dizer, uns dos outros.

Às vezes, critica-se a actualidade! Hoje, apenas somos mais. Por isso, quando ouço este discurso, respondo que é algo que sempre ouvi, desde que entrei na escola. As coisas, em termos de postura, não mudaram assim muito mas, na altura, doeu-me a alma. Aí, já concordo com Benner, sentia-me uma docente principiante e insegura, em ruptura com o sentimento identitário de ser boa enfermeira, perita, ou competente, se quisermos chamar-lhe assim. Essa ruptura fez-me muito mal. O sentimento de insegurança instalou-se e demorei anos a recuperar. Tinha receio de ir em frente.

Não havia sistemas para nos avaliarem e a minha equipa também não me dava *feedback* algum. Uma pessoa vai para a sala de aula, está sozinha. Vai para o estágio, está sozinha. É difícil ter *feedback*. E, por vezes, trabalhamos com pessoas que são mais possessivas e, portanto, também falam muito de si, mas muito pouco do que cada um, por si, representa e dos contributos que dá.

- **“Aprendi que ser docente é de grande complexidade”**

Estava de ‘malas aviadas’ para me vir embora, porque não estava a lidar bem, quando soube da abertura do mestrado e do concurso para o Curso de Pedagogia. Candidatei-me aos dois em simultâneo. Não entrei no mestrado, fiquei como primeira suplente, mas fui admitida no curso de Pedagogia. Foi excelente. Lá, tive consciência, perante o corpo docente, com muitos anos, que realmente pouco sabia a este nível. Na realidade, ser docente era de uma grande complexidade. Ali, percebi que, para ser boa professora, tinha que saber muito de Ciências da Educação, de Pedagogia, de ensinar e de aprender, de estratégias metodológi-

cas. O Curso de Pedagogia, obviamente, despertou-me e ajudou-me imenso. Percebi aí, que, seguramente, continuaria a investir nesta área.

• **“Uma felicidade sem limites: lia, ouvia os docentes, fazia descobertas....”**

Continuava a não lidar muito bem com a escola, pelo que queria fazer o mestrado. Por outro lado, tinha que fazer desenvolvimentos, nesse sentido, sob pena de ficar para trás. Aqui, já era uma mística entre a Dali que gostou sempre de estar na vanguarda, com a agravante de tudo acontecer mais rápido do que na prática profissional, e a Dali que, de repente, se não se mantivesse nessa vanguarda, perderia o barco. Mas como gosto das coisas por paixão, não queria atirar-me às cegas para um mestrado que não fizesse sentido na minha vida. Um dia, quis o acaso que estivesse na secretária de uma amiga minha, que já tinha mestrado, um folheto de divulgação da abertura do mestrado “Formação e Identidades Profissionais”, com um Plano Curricular interessantíssimo. Mais uma vez, as melhores coisas aconteciam, na minha vida profissional, sem eu planejar. É uma intuição, um desejo quase espontâneo, que acontece a propósito de algo e faz-se-me o *click*. Provavelmente, as coisas estão lá, latentes e têm algum alicerce.

Destino ou que quer que seja, não encontro explicações. Encontro, talvez, explicações energéticas que me fizeram caminhar. No dia seguinte, fui à Faculdade matricular-me e comecei uma outra fase fantástica, na minha vida.

O mestrado foi um dos melhores momentos, aliás só comparável à formação inicial. Os outros percursos, quer a especialidade, quer o Curso de Pedagogia, foram muito dolorosos e exigentes para a minha pessoa. Este foi de um prazer e de uma felicidade sem limites. Lia um livro, ouvia um professor, fazia descobertas, encontrava sentido para tudo, ficava irradiada. Falava sozinha nas viagens a caminho da Faculdade.

Aqui, senti que era boa professora. Um sentimento que estava ao nível daquele que tinha quando abandonei a prática de Enfermagem. Tudo isto me deu força para entrar de forma diferente na escola. Aqui, dei um salto e a Dali recuperou o que estava a perder, em termos profissionais e pessoais.

Nunca os professores deste mestrado passaram a mensagem ‘do poder inerente saber’. Não havia anarquia, nem falta de regras. Primava-se, antes, pela flexibilidade e apoio à tomada de decisão individual tendo em conta os contextos de vida de cada pessoa. Desde o cumprimento de prazos de entrega, ao número de pági-

nas dos trabalhos, o que vi foi uma realidade completamente diferente da minha. Não vi ninguém ser penalizado porque o trabalho ultrapassou o número de páginas ou foi entregue após o prazo estabelecido. Lembro-me até, de um professor atribuir vinte valores a um trabalho de um colega e meu e de me dizer, com toda a naturalidade, que tinha aprendido com aquele trabalho.

É nisto que aprendi a ser diferente na prática, a ser outra pessoa. Na verdade, o mestrado fez-me crescer, sobretudo, como pessoa. Começo a perceber muito o sentido das coisas, da nossa profissão, dos ambientes e da cultura escolar. Fez-me ser mais aberta e flexível, mais tolerante, não ter certezas. Antes tinha muitas certezas, a minha verdade era sempre a melhor e estava acima de tudo. A minha mãe é assim! Isto retomando a perspectiva do impacto familiar, na educação. Agora, não. Leio muito nas entrelinhas, percebo as pessoas e as suas contradições, o que não acontecia, de todo. Sou também mais tolerante face às minhas próprias contradições, porque até aí, entrava em sofrimento por não as perceber. Tornei-me naquela pessoa que admite que, às vezes, dou calinadas medonhas e perco todo este consenso e equilíbrio, sem me esquecer que as coisas não se apagam de raiz, estão cá dentro.

Penso que os percursos formativos ajudam-nos a crescer e ver uma outra verdade que desconhecia, a ter um outro olhar e a encontrar os sentidos para aquilo que no dia-a-dia é mais banal.

- **“Precisava de entender melhor o mundo que me rodeava”**

Na formação contínua, em momento algum, a carreira profissional foi equacionada por mim. Mesmo sabendo que o Curso de Pedagogia, me garantia o acesso à categoria de professor adjunto, nunca a carreira, foi para mim, como ‘motor de arranque’ de coisa alguma. Quando decidi fazer o mestrado, em termos de carreira, não beneficieei em nada. Foi mesmo uma questão pessoal e identitária, por isso me despertaram e deram muito prazer a fazer. As questões da pessoa, do ser para mim, do ser para os outros, do que os outros pensam, sempre me acompanharam. Por vezes, não as entendi e a partir daqui, comecei a entendê-las muito melhor. Investi na formação, pois, porque precisava de entender muitas coisas, do mundo que me rodeava, e que me estavam a inquietar, enquanto pessoa e profissional.

• **“Lá vens tu com o teu discurso feminista...”**

A minha ida para a escola coincidiu com a transformação total da minha família, com a minha libertação. Mudei para a minha casa, tornei-me independente e passámos a viver os quatro, eu, o meu marido e os meus dois filhos. A partir desse momento, mas sobretudo quando fui para o mestrado, comecei a ter uma visão diferente e a pôr em causa o meu lugar como mulher, no seio da família. A situação começou a complicar-se. Comecei a sentir que trabalhava demais, que era uma grande injustiça e aquilo começava-me a fazer cá um atrito! Não sei se comecei a dar sinais de alguma agressividade, provavelmente...

Sentia-me uma outra pessoa. Fazia uma entrada na família de uma forma diferente. Já não me via como aquela a quem tudo passou ao lado. Comecei a trazer alguns assuntos para o seio da família, para a mesa, para a hora da refeição, sempre que falávamos a propósito do mestrado, de algo que lia ou ouvia no telejornal. Os debates ficavam acesos, com três homens, dois filhos já adultos e o marido. Começavam logo os meus filhos:

- Lá vens tu com o teu discurso feminista. Detesto feminismos. Isso não é assim, mãe.

Eram discussões medonhas, mas eu ficava, cá por dentro, a sorrir, como quem: “Anda, tomem lá que já ouviram. Aí, vai ficar alguma coisa”. E ficou mesmo. O meu marido nunca mais se sentou num sofá quando há coisas para fazer. Os meus filhos começaram a ir estudar e a fazer tudo sozinhos, sem o apoio da mãe. Agora, estão fora, na Faculdade, mas nunca lhes fiz uma panela de sopa ou seja do que for, para eles levarem. Começaram a fazer tudo sozinhos. Perceberam que eles têm que fazer caminhadas semelhantes a qualquer outra pessoa, nomeadamente, às mulheres. É com muito orgulho, hoje, que vejo o impacto que o mestrado teve na minha família, inclusivamente, no meu marido. Queremos ir passear? Vamos, sim senhor. Digo

- Deixa ficar por fazer que logo, quando vier, faço:

Diz o meu marido logo:

- Eu faço.

Não diz “fazemos”, ele faz. Esta pessoa que, inicialmente, ia atrás, agora já faz. E deixa-o fazer. Evoluí também, nessa postura. Posso estar no sofá, porque estou cansada, e ele, que está menos cansado, arruma a cozinha. Era impensável, isso,

há anos atrás. Agora, cada um faz o que há para fazer em casa e ninguém consome ninguém. Devo isto ao matrimónio. Contudo, se no seio da minha família mais próxima, e refiro-me ao meu marido e os meus filhos, as coisas, sem dúvida alguma, vão mudando, a minha experiência recente, no domínio da gestão, leva-me a não ter tantas certezas do que acontece na sociedade em geral.

7.4. Problematisando a realidade actual

• Um olhar sobre a gestão e as relações de género

Recentemente, fui surpreendida com a eleição para um órgão de gestão. Cruzando o olhar sobre a liderança deste órgão e as questões de género, não tinha nítida esta relação e contínuo, provavelmente, a não ter, no que se refere à escola, mas tenho-o em termos de análise familiar e de amigos próximos. Quando fui eleita, obviamente, cheguei a casa e contei aos meus três homens. Felicitaram-me, ficaram felicíssimos. Não disse nada à [restante] família, mas o meu marido fez questão de o fazer e todos me felicitaram. Engraçado, que nesse mesmo mês, também ele foi nomeado director e obviamente fez a mesma coisa. Tratei de informar a família mais directa, por solidariedade e por orgulho. A mãe bateu palmas, gritou de alegria e, daí a pouco, os telefonemas começaram a cair e prolongaram-se, durante toda a semana, como nos tivesse saído o prémio Nobel. Achei justo, fiquei muito bem com isso, mas a mim ninguém me telefonou.

As coisas foram acontecendo e, no dia-a-dia, apercebi-me que, quando junto das pessoas que me são mais chegadas, mãe, irmã, sobrinha, eu me referia à responsabilidade e desafio em presidir este órgão de gestão, não me davam atenção nenhuma, mudavam até, de conversa. Por várias vezes, comecei a falar das minhas dúvidas, receios, expectativas e desafios e as pessoas, sobretudo as mulheres, quase automaticamente, desviavam a conversa para o meu marido.

- Olha, o teu marido que tal se dá no novo cargo? Como Director ganha mais, mas é muito bem merecido!

Falava de mim como presidente, não me davam resposta, mas queriam saber do que se passava com dele, nesse novo cargo. Somos nós, as mulheres, a valorizar os homens e tudo o que lhes acontece a elas parece não ter valor ou significado. Eles têm impacto e mais visibilidade social, sim! Doeuse-me a alma, magoou-me muito, senti-me muito triste. Pensei: "Como a sociedade é cruel para as mulheres!"

Tudo se espera delas, mas nada é valorizado, ainda que cheguem a um cargo raramente ocupado por elas. Dos homens, espera-se que cheguem ao máximo e, no fim, batem-se palmas e ficasse regozijado.

O mesmo acontece no grupo dos meus amigos/as, quase todos eles são colegas de trabalho do meu marido. Os homens têm as mulheres, sempre atentas aos seus discursos e análises e dão sugestões para resolução de alguns problemas. Nós, mulheres, estamos ali, de corpo e alma, todos juntos, mas se nós falarmos da nossa profissão, eles começam a falar baixinho de futebol ou do banco, totalmente de costas para nós ou retiram-se e vão à frente. Não participam nas nossas discussões, ou seja, nós mulheres participamos e damos-lhe apoio. Enquanto isso, os homens, quando as mulheres estão a falar das mesmas coisas, não se sentem identificados, nem se envolvem, não é assunto que lhes interesse.

Ontem, quando cheguei a casa, às nove da noite, o meu marido já se tinha despi-do, estava no sofá a relaxar e a recuperar as suas forças. Vinha esvaída de cansaço. Depois de uma reunião 'pesada', ainda passei no supermercado para fazer umas compras, estava a ficar sem nada em casa. Ultimamente, tenho sido sempre a última a chegar. Dei-lhe uma beijoquinha e fui ao quarto, ver a minha mãe.

- Estou tão preocupada com o teu maridinho, sabes que ele entrou aqui tão cansado, trabalha catorze horas por dia. Coitadinho como se aguenta!

Foram as palavras dela! Se me tivessem dado uma tarefa, tinha gritado, mas naquele momento, acho que morri. Só lhe disse:

- Mãe, como nós mulheres somos tão injustas entre nós!

Vi que ela não percebeu nada, prossegui:

- Mãe, quem chegou depois do meu marido fui eu. Trabalhámos e temos ambos muita responsabilidade.

Quando lhe fui dar, à noite, um beijinho pediu-me desculpa, nem se tinha apercebido. Foi a educação que tivemos!

Mas, de repente, vejo que não expunha estas coisas e agora estou a fazê-lo e a reivindicar direitos e igualdade. Será que isto pode interferir no meu casamento? Tenho que gerir com inteligência isto, para que o processo seja favorável aos dois.

É o risco de fazermos formação contínua, tornarmo-nos mais conscientes daquilo que era inconsciente no processo de educação e de socialização. Tomei consciência ontem à noite, de que é altamente perigoso.

Face a uma análise interna, no seio da escola, como disse, ainda, não tenho as coisas muito claras. No entanto, tenho a percepção de que nós, mulheres, somos mais permissivas para com os homens e muito mais exigentes para connosco, no que se refere a cargos de gestão. Lembro-me de dar montanhas de elogios aos colegas homens quando estavam na gestão, mas não me lembro de nenhum me dar a mim.

Talvez, porque continuamos a ser uma profissão maioritariamente feminina e, portanto, ficámos fascinadas, quando aparecem homens. São casos tão raros, tão bonitos, que até o nosso olhar se esbate e as coisas são mais apaziguadas. Além do mais, são homens, têm estilo, damos-lhes as oportunidades de mão beijada, porque que eles ficam lá muito bem, assenta-lhes que nem uma luva. Só quando eles manifestam indisponibilidade para os cargos é que o espaço está livre para entrarmos e, então, temos mais experiências nessas áreas, porque de contrário contam-se pelos dedos. Nos últimos anos, das três pessoas que ocuparam lugares de gestão, dois eram homens e saíram porque quiseram. Enquanto lá estão e não expressam vontade em sair, são reeleitos sistematicamente.

Se me perguntarem se noto mais capacidades nos homens do que nas mulheres, não tenho estudos científicos, mas sinto que gosto de trabalhar com eles e que me proporcionam equilíbrio. Através da diversidade de género, podem-se formar equipas muito boas. Não gosto de trabalhar só com mulheres, quando tenho homens no meio, a 'coisa' sai mais equilibrada. Poder-se-á perguntar: "será que não ficas tão deliciada e lhes dás mais espaço para os ouvires? Se ouvires uma tua colega não estarás já de pé atrás, a pensar que está a dizer um disparate ou a dizer o que tu já disseste ou que está a competir contigo?". Provavelmente será isso tudo. Não sei explicar. Só sei que funciona muito bem quando estou a trabalhar num seio misto. Mas sentir-me-ia profundamente embaraçada, por outras palavras, muito mal, a trabalhar num grupo exclusivamente masculino. Aí, podem também estar presentes outras questões ligadas à educação, nomeadamente a influência, ainda que remota, das perspectivas da minha mãe no que se refere à sexualidade, não sei.

- **"Sinto responsabilidade em fazer mais pelo ensino de Enfermagem"**

Já me tinha questionado muitas vezes das razões pelas quais, enquanto enfermeira da prática, quis e tive lugares de gestão, mas na escola, lidava mal com

eles. Lidei muito mal com a coordenação de Departamento. Naquela altura, estava a viver um momento de crise identitária como docente e, simultaneamente, emergiam mudanças abruptas na escola, em relação com a integração no ensino superior e, posteriormente, no Instituto Politécnico. Foram muitas as mudanças para as quais não estava preparada e também não tinha tempo para o fazer.

Era tudo novo, excepto os poderes instituídos, as guerras e os conflitos pessoais, nomeadamente entre os elementos que presidiam aos órgãos de gestão. Integrava a Comissão Permanente do Conselho Científico, por ser Coordenadora de Departamento e, aqui, tentavam utilizar-me, através de 'recados de um lado e do outro', desculpem a expressão. Não tinha 'estofo' para lidar com aquilo e não conseguia organizar as minhas decisões, face a tais poderes e guerras vividas. Afundei-me a ponto de ter receio, de querer manter-me na sombra, e jamais ocupar lugares de destaque. Aproveitei a Reestruturação dos Estatutos da Escola e com ela a reorganização dos departamentos, para sair. Era a atitude mais confortável para poupar a minha pessoa de guerras, para as quais eu, moralmente, não estava preparada. Aí, comecei a ter uma noção de que era ingénua e 'patega'. Sou muito forte, mas quando há contra-valores que também têm muito poder, às tantas, maiores do que os meus, estatelo-me. Não consegui lidar e, às tantas, não sei se consigo ainda agora.

Mais tarde, como coordenadora de curso, tentei fazer algumas, entre aspas, 'gracinhas'. Acreditando na transdisciplinariedade, procurei promover a partilha, dando um cariz diferente às reuniões do Conselho Escolar. Não conseguia, não tinha adesão. Então, interrogava-me: "Porque é que tu, aqui, tens esta postura, mas, quando estavas no terreno, propunhas-te a liderar e achavas que tinhas características para o fazer?" Decidi que a forma mais cómoda era fazer o meu trabalho como docente, ser boa professora, investir muito na formação, mas alhear-me da intervenção em órgãos de gestão.

Com a Lei nº 1 de 2003 [de 6 de Janeiro], da qual foram efectuadas diferentes leituras, pelas diversas escolas, a minha decidiu que os professores-adjuntos, habilitados com o Curso de Pedagogia, mas sem mestrado, deixariam de ter assento no Conselho Científico. Agradei a Nosso Senhor, porque estava a fazer o mestrado, precisava de tempo. Era menos uma tarde de tortura! Era o que sentia em relação às reuniões de Conselho Científico onde, não havia forma de se encontrarem soluções.

Não pensei ou não quis pensar na questão de me estarem a ferir, a desvalorizar e desqualificar todas as competências que tinha alcançado. Pode-se dizer: “Está bem, até estavas a terminar o mestrado e sabias que serias reintegrada”. A verdade é que sofri, pelas minhas colegas. Porque se, para mim, estava resolvido, para elas não. Doeu muito, porque foi uma grande injustiça, para além de ser paradoxal valorizarmos as competências no discurso e na prática prevalecerem as qualificações. É completamente absurdo não se evoluir no sentido da integração destas duas dimensões: competências e qualificações. Vamos ter que pensar nisto com a Lei nº 74, de 24 de Março de 2006, retivamente ao corpo docente. Veja-se, o Conselho Científico certifica competências e acredita-as nos processos formativos, a Ordem dos Enfermeiros quer certificar competências no domínio do exercício e nós não queremos certificar competências do exercício docente? Claro! Quem é que nos há-de certificar, se nós fomos os primeiros a desprezar essas competências? É um grande discurso para nos debruçarmos noutros contextos. Depois, da experiência fantástica que foi o mestrado, surgiu de forma espontaneamente a possibilidade de integrar um órgão de gestão, o que para mim, foi muito melhor. Acredito muito mais que possa dar contributos a alguém que confie em mim, do que ser dotada de auto-confiança e, depois, desiludir os outros. Não quer dizer que não possa desiludir na mesma, mas, pelo menos, esta lógica satisfaz-me mais, em termos pessoais. Agora, que é um desafio estonteante, é. É um lugar que importa estar com todos no processo formativo, acarinharem-se, reconhecerem e assegurarem-se as oportunidade de todos participarem e desenvolverem-se, mas há forças políticas maquiavélicas com as quais lido, mais uma vez, mal. Porque não tenho esperteza para antecipar as intenções e reacções dos outros e para premeditar. Sou mais espontânea e natural do que estratega, o que reconheço ser uma necessidade nestes lugares. Vou ter que fazer aprendizagens. Custa-me pensar que possa sair magoada, ou seja, de tal complexidade que impeça de concretizar aquilo em que acredito.

Quando saímos ou nos puseram fora do Conselho Científico, senti que não me ouviam e pensei: “Já não sou tão livre, já não me posso exprimir, porque se me mexo corro riscos, é melhor optar pelos silêncios, e se já não me ouvem tanto, é porque alguém está a reter a informação”. Por isso, a primeira coisa que fiz ao chegar à presidência foi promover os circuitos de informação e as formas de participação de todos os colegas, com e sem assento no Conselho Científico. Tenho

também consciência que esta participação me faz correr mais riscos e não sei se vou ser capaz de gerir tudo isso, mas é esta a minha forma de estar.

As críticas são muitas e os discursos fazem apologia ao saudosismos, à coesão de outrora. Para mim, aquilo, não era coesão. Os assuntos eram liderados por algumas pessoas, ou seja, figuras do Conselho Directivo, Científico que tinham um poder muito grande, em termos pessoais. Era a presidência, era a personalidade ou a pessoalidade. Estas duas pessoas com os seus discursos e com os seus poderes, pensava-se que, numa democracia, lideravam. Os discursos, em princípio, eram tão pesados que nós sentíamo-nos ignorantes. Hoje, quando olho, sinto que aquilo era uma verdadeira manipulação. A informação não nos chegava e, quando os assuntos eram apresentados em científico, a forma já tinha sido amadurecida. Ninguém entendia nada, nem questionava, mas deliberava-se. Punha-se o dedo no ar e por maioria ou por unanimidade, tudo vencia, ainda que ninguém estivesse preparado. Era fácil! E isto era a coesão!

Na actualidade, as agendas das reuniões, não são as do ano anterior, e os assuntos são discutidos com todos versando a pluralidade de opiniões e ideias. Tudo é novo! Construo um projecto que nos alegre a todos, em termos de qualidade pedagógica, científica, de investigação e de prestação de serviços à comunidade. Não é ambicioso, mas, apesar dos receios, porque está a ser muito complicado, espero que se concretize, nem que seja uma fatia pequena.

Depois, confronto-me com o sentimento de responsabilidade. Assim como sentia a responsabilidade de querer vir para a escola porque acreditava que podia fazer algo pela profissão, agora é a responsabilidade de ter um lugar em que posso fazer algo pelo ensino de Enfermagem e pela área científica de Enfermagem. Como presidente, face aos momentos políticos constrangedores que vivemos, inquieto-me e questiono-me: Como conciliar as orientações políticas, pragmáticas, objectivas, num quadro de recessão que, a determinado momento, colide com aquilo que é o nosso pensamento para a formação, para a educação? As nossas políticas de educação ou de formação parecem-me antagónicas, não se articulam. Com tanto controlo e comando sobre nós, começo a equacionar que já não estamos em democracia, às tantas, isto já é fascismo, com uma capa de democracia.

• **“Já teremos um ensino de enfermagem para a diversidade de género?”**

Questiono-me frequentemente, pela nossa trajectória na adolescência e na vida profissional, se temos consciência de que, na escola, estaremos, por vezes, a fazer discriminação entre rapazes e raparigas, homens e mulheres. O modelo de formação foi predominantemente feminino ao longo dos anos e penso que ainda não o adequámos à diversidade. Falo por mim, pela minha experiência. Até nos extremos, quando dizemos ‘ser enfermeira é...’. No actual Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o único aluno que tinha, homem, até já escrevia ‘ser enfermeira’. Porque, realmente, o discurso era sempre ‘enfermeira’. Não estou a acreditar que ele plagiava o trabalho, não. À força de tanto ouvir ‘ser enfermeira-parteira, ser enfermeira-obstetra, ser enfermeira da área da saúde sexual reprodutiva’, assumia-se no feminino. O nosso discurso é tal que, mesmo o masculino, acaba por interiorizar e passa a ser feminino, lidando com isso passivamente. Nunca se questionou. Cheguei a dizer-lhe:

- Orgulhe-se, é o nosso homem.

Tivemos um homem, quer no primeiro, quer no segundo Curso. As mulheres deliraram quando têm um homem no meio. Aham aquilo fenomenal. Eles sentem-se, obviamente, acarinhados com aquela ternura que as mulheres têm para dar. Contudo, na minha percepção, quando vemos um homem a candidatar-se, sentimos algo paradoxal. Por um lado, ficamos satisfeitas “ainda bem, é uma lufada de ar fresco, ainda bem que as coisas estão a mudar”, mas, por outro, perguntamos logo “o que quererá um homem numa profissão destas? Serão interesses monetários? De certeza que é para montar alguma clínica”. Porque os homens é que se atiram a ser empresários, não é? Aí, são lugares sempre mais para os homens do que para as mulheres.

Preocupo-me também com o Curso de Licenciatura. Queria estudar isso. Não sei, mas gostando tanto de lidar com homens, acho que sou mais exigente com eles. É uma impressão que tenho. Nunca reprovei nenhuma aluna e já reprovei três alunos. Será que isso tem alguma relação com a minha dificuldade de lidar com o género?

Tenho estado atenta e questiono-me: “Teremos um ensino de Enfermagem adaptado à diversidade, ou teremos na mesma um curso de Enfermagem ainda muito construído em torno de uma tal “natureza” feminina? E como é que viverão os

homens esta questão? Até aqui, estivemos interessados em como é que vivem as mulheres, mas acho que é muito interessante estudar também a forma como eles vivem a masculinidade, ainda por cima, estando em minoria. Acho que nós, professores, ainda não pensamos muito nisso. Porque será que, depois, estão nos serviços de urgência, cuidados intensivos e ortopedias e não nas áreas onde há muito feminismo, não é muito feminista, como a: Neonatologia e a Obstetrícia? Será que nós, escola, temos responsabilidades nisso?

Até nós, professores, quando estamos a organizar a distribuição dos alunos em estágio dizemos: "Ai, este grupo tem rapazes a mais, vamos mudá-los para acolá". É actual, e não deixa de ser uma visão sexista, até, inclusivamente, na organização do curso. Sabemos que os doentes/utentes devem ter espaço para fazer as suas opções. Aliás, é isso que defendemos. Falta-nos saber se, nas nossas práticas, para além de podermos estar a comprometer a liberdade de opção do doente ou utente, ainda que inconscientemente, não pomos as meninas a cuidar das mulheres e os rapazes a cuidar dos homens. Claro que, entretanto, se colocam questão pedagógicas. Como é que fazemos? Como é que lidámos? Como compatibilizámos as questões pedagógicas e os direitos dos utentes?

Depois, penso que os nossos discursos da profissão são enfadonhos, demasiado ligados à dita 'natureza' feminina. Cheiram muito a bolor, ainda de uma profissão de mulheres. Ainda pensamos que isso tem influência no comportamento do profissional e naquilo que os doentes vão percepcionar e ajuizar de nós! No estudo que realizei e agora prossigo, as questões da aparência física reafirmam-se. Surgem imensas queixas, quer por parte dos rapazes, quer das raparigas. Exige-se, e são sobretudo mulheres que o fazem, que eles tenham barba feita e o cabelo cortado, não é preso. Os alunos compreendem todas as medidas relacionadas com o controle de risco de infecção mas, em grande parte das situações, não é disto que se trata. Dizem-lhes que têm que tirar os *piercings*, mas, isso, ainda podemos pensar que é uma moda recente, e não lidamos bem. No entanto, nem tudo se inscreve nesta lógica. Há dias a expressão de uma aluna marcou-me:

- "Gosto tanto de pôr o meu risco nos olhos e não posso, porque sei que as professoras não gostam. É como se obrigassem a fechar, num cacifo a sete chaves, a nossa identidade pessoal. Tudo se transforma! "Como é que o uso de um gancho cor-de-rosa, por exemplo, se relaciona com as competências preconizadas para o estágio? Digam-nos, são estas questões que aumentam o risco de infec-

ção hospitalar ou comprometem a segurança no trabalho? Estão em causa algumas competências para o exercício profissional?”.

Sentem na pele que a escola quer dominar totalmente o corpo, a aparência, retirando-lhes a identidade própria, embora nada disto colida com as competências para o exercício profissional. Para agravar a situação, constata-se que algumas enfermeiras da prática parecem autênticas ‘árvores de Natal’. Continua a haver um peso muito grande da nossa herança cultural, em termos de educação, do que é ser enfermeiro ou enfermeira. A propósito, quando escrevo alguma coisa, talvez influenciada pelas teorias feministas, gosto de escrever e, inclusivamente, na minha tese fi-lo sempre, em termos feminino e masculino, por exemplo, aluno/a. Muito recentemente, tive pessoas que me disseram:

- Porque é que estás a escrever assim? Corta. Já se sabe que [a palavra] aluno, engloba a rapariga, o feminino, também”.

As pessoas têm muita dificuldade em aceitar e eu em me afirmar, sobretudo, na comunidade científica, mostrando que este discurso mais que possível, é desejável. Temos que evoluir neste sentido. Senti isso, por exemplo, no discurso do grupo de trabalho responsável pela construção curricular, apesar de existirem elementos da área das Ciências da Educação. Não consegui impor-me porque me sinto única e só.

O mesmo aconteceu, em relação a alguns princípios filosóficos e ideológicos que defendo, ou melhor, fundamentando teoricamente de que há necessidade dos professores valorizarem o *eros* e a paixão de ensinar, porque sem isso, nada feito. Teve que ser cortado! A *censura* cortou porque aquilo era ‘chachada’. Pensam que me incomodaram? Não, não me incomodaram. Contava, até, com isso. Acho que é o meu grande crescimento. Percebo que não faça sentido para os outros, para a maioria e, então, desafio-me a fazer movimentos para que não me sinta tão minoria e consiga prevalecer. Penso: “Será que usas, Dali, as melhores estratégias para prevaleceres? Não são os outros os culpados, és tu. Tens que ter a força suficiente para fazer passar aquilo em que acreditas, mesmo sendo única. Claro que uma pessoa vai evoluindo e os percursos formativos são uma mais valia, neste domínio.

• “O ensino de enfermagem tem que ser repensado”

Actualmente, fala-se em grandes chavões: paradigma da educação/formação e

de Bolonha, inclusivamente, quando, naquela altura, já fazíamos tudo isso. Não sei se a adolescência é assim vivida por todos os jovens, mas eu vivi-a assim. Hoje, digo aos meus alunos que não se pode compreender a postura passiva que eles têm quando, no meu tempo, participávamos activamente nas decisões inerentes ao processo de formação. Na realidade, o que sentem é o poder no professor. Não estão habituados a partilhar e a terem participação activa. Sentem que há uma falsa democracia. Dizem-lhes:

- Vocês podem falar, podem dizer o que pensam, podem participar.

Até são criticados se não o fizerem, mas depois, quando lhes é dada a oportunidade, o professor vence sempre. Nunca negoceia e nunca faz prevalecer a opinião do aluno. Neste sentido, e daquilo que é a minha história pessoal, há retrocesso e tenho alguns dados, que o evidenciam.

Iniciámos a disciplina de Formação e Desenvolvimento Profissional com as narrativas das experiências escolares dos alunos. Vão buscar memórias de todos os períodos desde a creche até ao ensino superior. Porém, aquelas que mais me preocupam, são as que dizem respeito ao ensino de enfermagem. Emerge o Paradigma Escolar, totalmente em conformidade com a apresentação que os teóricos fazem – escolarizado – com o professor por trás do computador, a ler os diapositivos. Dizem:

- Nós sabemos ler, para que é que eles estão a ler? Ainda por cima, não nos dão os diapositivos! Pelo menos, poderíamos tomar notas, mas a verdade é que também não acrescentam muito mais.

Salientam, de onde a onde, professores que, para eles, são modelos. No entanto, prevalece muito mais o modelo expositivo, em que eles são totalmente objectos da formação: passivos, a retirarem-se, um corpo ali presente e um espírito em sofrimento. Tenho dados. Estão completamente em sofrimento na sala de aula! Estão ansiosos com os trabalhos que têm para fazer, gostariam mais de fazer outras coisas e estão a perder o tempo ali, porque não estão a aprender absolutamente mais nada. O professor não se lhes dirige, nem para eles olha. E isto é actual. É *no* agora. É *no* hoje. Preocupa-me!

Não quero, aqui, apelar a um quadro teórico, mas não me posso retirar do conhecimento e vou buscar Paulo Freire. Defendo uma educação ideológica, de respeito e de liberdade de pensamento, mas a escola, ainda, não entrou nesse paradigma: nem os professores, nem os alunos. Os alunos porque não têm história

desta vivência, a educação não tem seguido essa lógica, e nós porque não fizemos ruptura com aquilo que é a nossa herança do passado. Já tivemos momentos melhores. Hoje, há uma cumplicidade doentia e hipócrita, em que queremos agradar uns aos outros e não dizemos as verdades. Não temos frontalidade. Dói-me aquilo que vejo. Sinto alguma desilusão!

Vejo, ainda, uma sociedade que evoluiu, num sentido tão diferente do nosso tempo, nomeadamente no que se refere à socialização familiar. Penso que a escola tem que estar atenta e usar estratégias metodológicas para integrar estas dimensões que, eventualmente agora, poderão não estar tão presentes. Preocupam-me muito essas questões. Será que antigamente era mais fácil porque não havia uma mudança assim abrupta? Será que agora os nossos jovens estão mais desbaratados porque não conseguem, quase, articular tudo o que estão a viver?

Defendo a existência de um projecto de formação pedagógica, na escola. Somos maioritariamente de raiz enfermeiros, mas nem todos temos formação na área das ciências da educação. Imagino algo orientado para a preparação pedagógica, em Enfermagem. Refiro-me a uma exigência a ser feita, não só aos enfermeiros, mas a todos quantos se propõem exercer funções docentes de enfermagem, independentemente de serem das áreas científicas de enfermagem, psicossociais ou biomédicas.

Alguém tem que ajudar os jovens, facilitar as descobertas para que articulem, por eles próprios, as diversas dimensões de formação. O ensino de Enfermagem tem que ser repensado.

CAPÍTULO II. PERCURSO METODOLÓGICO

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, dar-se-á conta dos percursos e opções epistemológicas e metodológicas seguidas na pesquisa, tendo por base que o objecto de estudo incide sobre os processos através dos quais as enfermeiras se têm vindo a formar numa perspectiva de cidadania sob reservas. Visa-se compreender e interpretar as continuidades e rupturas na formação em enfermagem enquanto trabalho de mulheres, em articulação com a mudança social e, por esta via, contribuir para o pensar e o fazer da formação em enfermagem sob a perspectiva crítica e, como tal, transformadora. Neste sentido, o presente trabalho inscreve-se numa lógica desafiadora, nomeadamente da minha própria acção política enquanto enfermeira e docente.

Perceber como as pessoas se formam, neste caso enfermeiras, passa pela interpretação das formas pelas quais foram construídas e se constroem na relação consigo mesmas, com os/as outros/as e com o mundo em mudança. Trata-se de conhecer e interpretar processos subjacentes à construção 'das enfermeiras' como subjectividades genderizadas (Marshall, 1994), à luz dos contextos habitados, ou seja, em resultado da inter-penetração, articulação, sobreposição, intercepção e disjunção entre estruturas de género (Young, 2003). No fundo, está em jogo o desocultar de experiências construídas em torno da sujeição adstrita à categoria 'mulher-enfermeira' que, durante muitos anos, conformou explicitamente os processos de formação e as diferentes acções transformadoras intencionais em resultado da "busca de um lugar para si próprias" (Fonseca, 2006: 154) e para a enfermagem, ou seja, procura-se trazer à luz as formas como se constituíram actoras e autoras das suas próprias vidas pessoais e profissionais, nos seus próprios termos e sentidos. Assim, as Histórias de Vida permitem trazer as vozes de enfermeiras e dar visibilidade às suas intervenções em estruturas que foram fortemente opressivas, sobretudo durante o Estado Novo (embora não só), reconhecendo, desde logo, os seus envolvimento em lutas pelo direito a aceder e participar na tomada de decisão política em relação aos processos de formação, pelo direito à vida privada e à constituição de família, sobretudo por parte das enfermeiras hospitalares, pela construção e

consolidação do difícil e complexo processo de profissionalização em enfermagem, pelo direito à ampliação dos sentidos de cidadania.

Deste modo, a "epistemologia do experiencial" (Magalhães, 2005: 285) é estruturante nesta pesquisa, embora se tenha recorrido a análise documental no sentido de se promover a interacção e interpretar as vozes das narradoras à luz dos contextos sócio-políticos vividos e experienciados, sujeitos a transformações e continuidades.

Assim, a estrutura do capítulo foi pensada de modo a que num primeiro momento se explicitassem os processos, os percursos e as condições em que se estribou a pesquisa, constituindo-se concomitantemente um espaço de discussão epistemológica, teórica e prática em torno do processo conducente à construção e interpretação das Histórias de Vida e da informação decorrente da análise documental. Passa-se, depois, à apresentação das narradoras, seguindo a ordem cronológica em relação ao início das formações de base em enfermagem. No esboçar deste 'retrato', focámo-nos em aspectos que, da interacção entre cada uma das narradoras e nós, se revelaram fundamentais à compreensão das subjectividades, das singularidades e dos discursos proferidos. As dimensões de caracterização sociológica, sobretudo relacionadas com os grupos de pertença, constituíram-se aspectos estruturantes. Finaliza-se com uma breve síntese.

1. OPÇÕES EPISTEMOLÓGICAS

Tendo por base o objecto de estudo, os pressupostos conceptuais e ideológicos enunciados, realizaram-se Histórias de Vida, consubstanciadas na interacção próxima e intensa e em diálogos em profundidade que, mais tarde, foram organizados em textos, interpretados e articulados com a análise documental. É dos pressupostos epistemológicos em que se estribou a investigação que tratamos aqui.

1.1. Método biográfico e produção de conhecimento

As ciências sociais recorreram ao método biográfico há algumas décadas, sendo mais recente no domínio das ciências da educação (Nóvoa, 1988; Araújo, 1991; Magalhães, Fernandes e Oliveira, 1991). Neste percurso, o material biográfico tem vindo a ser alvo de diferentes abordagens epistemológicas (cf. Ferrarotti, 1983, Araújo, 2000; Sarmento, 2002). Helena Costa Araújo (2000: 279-280)

convocando a revisão de Mathias Finger, refere quatro tipos de abordagem, situando-se, tal como esta pesquisa, em proximidade com Ferrarotti (1983). As abordagens destacam diferentes formas o papel do sujeito bem como a relação entre os materiais biográficos e a produção de conhecimento. Assim, na abordagem da história oral e da antropologia cultural, onde se inscreve a obra de Poirier, Clapier-Valladon e Clapier-Valladon e Raybaut (1995)⁴², embora o sujeito esteja presente, a ênfase na cultura invisibiliza as subjectividades. A abordagem da Escola de Chicago coloca o enfoque nas estruturas sociais e na identificação e apresentação dos problemas sociais que lhe estão adstritos e, nesta medida, a representatividade assume preocupações explícitas, atribuindo um estatuto ambíguo ao sujeito, mantendo-se distanciada das subjectividades. Na perspectiva da "sociologie du cours de vie", de Daniel Bertaux, as histórias de vida são tidas como técnicas de estudo das estruturas sociais e das suas leis. Deste modo, constituiu uma abordagem do tipo "estruturalista-positivista" (Finger in Araújo, 2000: 180). Aqui, o sujeito emerge como produto da estrutura social, sendo as subjectividades ignoradas. Por último, surge a abordagem de Ferrarotti, que após uma fase inicial na linha da Escola de Chicago em que recorreu às histórias de vida como ilustração, começa a atormentar-se "pelo facto incontestável da biografia singular ser apesar de tudo a récita de um destino único e irredutível" (Ferrarotti, 1983: 40), tendo re/orientado a sua perspectiva no sentido já referido da "autonomia do método biográfico".

Deste modo, a abordagem de Ferrarotti, em que se inspirou esta pesquisa, afasta-se das perspectivas mais ortodoxas, no seio das quais o recurso às histórias de vida visa proporcionar "informações pertinentes não contidas em arquivos e ainda de uma perspectiva onde a pessoa biografada «representa» a «visão do mundo» de um grupo social ou profissional" (Araújo, 2000: 280). Em vez disto, a "história de vida como método autónomo implica necessariamente uma historicidade «não historicista»" (Ferrarotti, 1983: 30). Não se trata de um conjunto de factos sociais aglomerados sob uma perspectiva diacrónica e de pretensa objectividade na busca de regularidades sociais que comprovem e validem a existência de determinados fenómenos. As experiências, os afectos, as emoções e os valores partilhados em conjunto constituem "trama viva e objecto

⁴² A crítica de Mathias Finger incidiu sobre a obra original publicada em 1983, sob a designação de *Les Récits de Vie-Théorie et Pratique*.

privilegiado” (ibidem: 39). O enfoque é colocado, pois, nos “materiais primários e na sua *subjectividade explosiva*” (ibidem: 49). A legitimação do método enraíza-se na ruptura com formas tradicionais de produção de conhecimento, constituindo-se as diferentes visões e narrativas de actores/as e autores/as sobre as realidades sociais em novas fontes (de conhecimento). Fala-se de subjectividade explosiva na medida em que se procura:

romper com os quadros de uma ciência das regularidades, das visões oficializadas, que esconde e esquece as especificidades, as diferenças, as opressões nos termos dos próprios agentes envolvidos (...) e porque se trata de uma procura das vozes e espaços para as vozes marginalizadas, diferentes, anteriormente silenciadas, possivelmente de denúncia das situações de opressão (Araújo, 2004: 316).

A base de fundamentação encontrada por Ferrarotti para que as subjectividades se tornem conhecimento científico entronca em três processos complexos e polémicos: a praxis totalizante, a razão dialéctica e a teorização das mediações sociais. O primeiro, fundado na VIª Tese sobre Feuerbach, de Marx, coloca ênfase na acção humana, rejeitando em absoluto o determinismo mecanicista que subjaz à concepção de indivíduo como ser passivo. Isto é,

[b]em longe de reflectir o social, o indivíduo apropria-o, mediatiza-o, filtra-o e retradu-lo projectando-o numa outra dimensão, essa em definitivo, a da sua subjectividade. Ele não pode abstrair-se do social, mas não sofre passivamente, pelo contrário, reinventa-o a cada instante (Ferrarotti, 1983: 51).

O segundo é que nos permite compreender e interpretar a interacção entre o indivíduo e a sociedade (e vice versa), a partir de leituras horizontais (contexto social imediato) e verticais (sucessão cronológica). Proporciona às ciências sociais o desenvolvimento de um percurso heurístico que permite a passagem do individual e subjectivo para o universal e geral. Em suas palavras,

apenas a razão dialéctica nos permite compreender cientificamente um acto, reconstruir os processos que de um comportamento fazem a síntese activa de um sistema social, de interpretar a objectividade de um fragmento de história partindo da subjectividade não iludível de uma história individual. Só a razão dialéctica nos permite reunir o universal e o geral (sociedade) apoiando-se no individual e no singular (o homem [e a mulher]) (ibidem: 56).

Este percurso heurístico entre a biografia, a sociedade e o indivíduo (e vice versa) “implica uma teoria e uma tipologia das mediações sociais que constituem campos de totalizações recíprocas” (ibidem: 61). Os diferentes espaços de mediação (família, grupos de pares, de trabalho, entre outros) permitem compreender a articulação entre a singularidade de cada um/a⁴³ e a universalidade do sistema social.

⁴³ Importa esclarecer que em toda a sua teorização, Ferrarotti recorre ao universal neutro.

A problematização do conceito de objectividade é, pois, um dos pontos estruturantes da teorização de Ferrarotti (1983). Neste campo, Helena Araújo (2004) traz-nos ainda a perspectiva de Sandra Harding, que se reveste de um carácter paradoxal para quem alinha nas correntes tradicionais de produção de conhecimento, argumentando que a inclusão e interpretação de vozes diferentes e marginalizadas contribui para uma construção mais objectiva da ciência. Desafia-se, assim, a objectividade da ciência à inclusão de diferentes vozes e perspectivas de grupos sociais em condições de poder menor.

Tratando-se da produção de conhecimento sob o paradigma *intersubjectivo*, o/a investigador/a compromete-se com a *compreensão* e interpretação da experiência a partir da óptica do sujeito (*verstehen*), constituindo-se um desafio e uma oportunidade para o desenvolvimento de capacidades simultaneamente necessárias à percepção de prováveis subtilezas que possam atravessar algumas dessas perspectivas e à partilha (possível) de sentidos subjacentes à experiência. Portanto, também a densidade da interacção estabelecida entre as/os biografadas/os e o/a investigador/a, assim como a intencionalidade comunicativa constituem aspectos fundamentais do método seguido. Na medida em que se visa a compreensão da perspectiva do/a Outro/a, isto é de, *verstehen* (Araújo, 2004: 311), exige-se um afastamento em relação à técnica bruta de objectivação mecânica” (Ferrarotti, 1983: 54), bem como de “práticas encantatórias” (ibidem). Urge que o/a pesquisador/a não fale pela voz do/a outro/a, que não se silenciem as diferenças entre pesquisadores/as e biografados/as, nem entre biografadas, nem se obscureça a voz da/o pesquisador/a (Araújo, 2004). Importa assegurar a expressão das diferenças, entre os diversos intervenientes no processo de produção de conhecimento.

1. 2. (Inter)Textualidade, memória e linguagem nas Histórias de Vida

Fazer uma História de Vida/Narrativa Biográfica é um trabalho de construção de tecitura de sentidos sobre elementos constitutivos da vida lembrados por quem os viveu, nos seus próprios termos. A vida não é uma história, é, antes, constituída por uma amálgama de acontecimentos, factos, circunstâncias. Deste modo, as abordagens biográficas levantam algumas questões do foro epistemológico. Um dos dilemas amplamente debatido por Stanley (1993) decorre da perspectiva textual das narrativas, ou seja, se são olhadas como um tópico

para a investigação de direito próprio ou se constituem alguma referência sobre a realidade externa ao texto. A autora centrada no paradigma intersubjectivo na produção de conhecimento defende “a intertextualidade da biografia e autobiografia, e de ambas com as vidas de facto” (Stanley, 1993: 47), designando este processo de auto/biografia. Sob esta designação, a autora procura dar ênfase a duas dimensões intrínsecas na interacção: autobiografia, na medida em que os factos são narrados pela pessoa que os viveu, de acordo com as suas percepções, mas também é biografia pela mediação exercida através do/a investigador/a, consubstanciada desde os diversos diálogos estabelecidos à construção da narrativa. A investigadora problematiza ainda a visão simplista que subjaz a algumas taxonomias da escrita de vida, classificando-a habitualmente sob três formas: self/outro, público/privado e imediatez/memória, sendo que cada uma delas é disputada a partir de um ponto de vista auto/biográfico.

Ainda que se explane aqui, um pouco mais as duas últimas, no que se refere ao self/outro, importa salientar que quase sempre as narrativas convocam biografias de outras pessoas, curtas ou longas, que em diferentes momentos e lugares cruzaram a vida e constituíram a rede social dos sujeitos. Nesta medida, a biografia tem implicações para a autobiografia de quem escreve pelas relações de aproximação, pela convergência de alguns pontos de contacto entre as vidas referenciadas da/o investigador/a, mas também pelas características singulares do sujeito com quem o/a biógrafo/a se preocupa. Partindo de Roland Barthes, a autora refere a necessidade de distinguir o “self que escreve”, o “self que era” e “o self que é”.

Reconhece-se assim, que os relatos, para além da textualidade, se relacionam com a realidade se não dos factos objectivos da vida, pelos menos e com as suas subjectividades. Os conhecimentos são situacionais, contextuais diferindo em relação à localização social das pessoas produtoras (ibidem).

Problematiza-se ainda em torno do acto da escrita, de certo modo, como um contributo para a dissolução da classificação público/privado. Embora existam formas escritas que são privadas e afastadas do *olhar* público, a maioria pressupõe uma audiência, esbatendo-se os argumentos da dicotomia inerente a essa classificação. Acresce ainda que as descrições, posteriormente escritas, remetem-nos para ocorrências de uma vida num tempo e num espaço e, por isso, são mediadas pela memória. A memória encontra-se, pois, inevitavelmente

implicada nos relatos, sendo muito difícil atribuir a uma escrita de vida a qualidade literária da “immediatez”. Mas mesmo que assim fosse, a “descrição é de facto altamente selectiva e altamente interpretativa” (Stanley, 1993: 49). Portanto, a ressignificação de factos narrados assenta na consciência de que se pretende captar e interpretar realidades, reconstruídas através de uma memória selectiva de forma intencional ou não. Assim, as narrativas devem ser entendidas como uma construção do/a narrador/a e do/a investigador/a ou ouvinte e como expressão única do momento de sua produção em resultado da partilha de memórias entre os/as dois/uas permitindo a configuração do passado, no presente, frequentemente articulada com o futuro.

À partida, espera-se que na rememoração da vida movida no contar das ‘estórias’, conjugue dois processos, que Penny Summerfield (2000) explicita na dupla asserção do termo “compor”:

O conceito de “composure” encobre utilmente o propósito de contar a história de vida tal como é correntemente compreendida na prática e na teoria da história oral. (...) o seu principal expoente assenta no duplo significado do verbo “compor” para sugerir que ao contar as histórias de vida envolvemo-nos simultaneamente na actividade cultural de construir narrativas sobre nós próprias e na actividade psíquica de se empenhar por uma “orientação do self no interior das relações sociais do seu mundo” que nos permite um sentido do self com o qual podemos viver e que por isso nos capacita a conseguir compostura/composição subjectiva (2000: 91).

Assim, por um lado, espera-se que se constitua numa oportunidade para as narradoras reflectirem sobre o passado, revisitarem as suas vidas e sentirem-se em harmonia e conforto com as re/significações construídas, ou seja, de se reconfigurem a si próprias. Por outro, espera-se *compostura* na medida em que se tenta proporcionar condições à narradora para compor a sua vida por analogia com a composição de uma música ou a tecitura de um quadro ou de um tapete.

Porém, o ‘contar vidas’ não constituiu um acto abstractizado simples e objectificado em relação aos contextos sócio-políticos vividos. Na medida em que se trata de vidas individuais e concretas, em estreita relação com os quotidianos vividos entre os interstícios da esfera pública e da esfera privada, pode-se dar origem não à compostura/composição, mas à *des*compostura, se não mesmo ao vómito (ibidem). Segunda a autora, vários processos intersubjectivos podem estar na base da descompostura. Entre eles, prende-se com a dificuldade da narradora em seleccionar do reportório discursivo um conjunto de concepções e definições securizantes quando conta o seu passado.

Também Magda Lewis (1993) tem vindo a alertar para a perigosidade e risco do trabalho de memória, mas sob outra perspectiva. Em seu entender, contar as realidades vividas requer negociação, pois, simultaneamente constituem momentos paradoxalmente conservadores e revolucionários. Assim,

as nossas memórias de violência e subordinação são perigosas pelo seu potencial para servir como momentos conservadores, requerendo de nós medir as nossas palavras e pesar o seu impacto sempre no interior e contra o falocentrismo que nos marca como sendo marginais, fazendo-nos desejar afastarmo-nos das possibilidades de uma praxis transformadora; fazendo-nos desejar que 'não soubéssemos o que sabemos'; e fazendo-nos negar a nossa visibilidade enquanto Outro para abraçar a invisibilidade e o silêncio como estratégia de sobrevivência." (Lewis 1993: 9)

Por outro lado, revestem-se de um enorme potencial transformador:

"(...) as nossas memórias 'perigosas' são a base da nossa consciência colectiva de resistência, subversão e acção política (...) porque constituem uma crítica das formas pelas quais as nossas relações sociais estão organizadas. Como crítica, a sua neutralidade é negada na medida em que são reposicionadas no seio de um discurso transformador. Para serem politicamente eficazes, as nossas 'memórias perigosas' requerem que nós sustentemos o passado no presente. Esta conexão com o passado é importante, tal como afirmou Adrienne Rich, não em ordem a transmitir uma tradição mas para quebrar a sua carga sobre nós (...). A prática feminista requer a sustentação das nossas 'memórias perigosas' em tensão com as transformações necessárias para trazer ao de cima uma nova realidade." (ibidem).

Estas linhas são reveladoras da relevância do conhecimento académico produzido a partir das experiências e das subjectividades para a mudança social efectiva, no sentido de uma cidadania mais inclusiva. Neste projecto transformador é crucial a articulação entre subjectividade e linguagem.

Pautando-se por esta corrente de pensamento, Steedman (2000) relaciona o trabalho com autobiografias com dois pressupostos tácitos:

"O 1º é que de alguma forma, a produção de formas escritas tem algo a ver com a produção das subjectividades; e o 2º é de que este é um processo voluntário, que existe ali um *impeto* para contar o self, que vem de dentro, e que o impulso para o fazer, na linguagem falada ou escrita, é parte do próprio processo da construção do self (ibidem: 25).

A linguagem estrutura as realidades, sendo constitutiva das matrizes a partir das quais nos percebemos a nós próprias/os e ao mundo que nos rodeia, nomeando as práticas, as experiências vividas e os significados atribuídos. É neste contexto que Lewis (1993), apoiada em Spivak, realça a articulação entre linguagem, mundo e consciência inscrita nos discursos humanos. Parte-se da noção de discurso investido de poder e, nessa medida, as práticas discursivas podem reproduzir, recriar e manter as relações de poder, mas também se podem constituir como formas de resistência e oposição (Foucault, 2002). Daí o seu

potencial transformador, embora não sendo único, exclusivo e suficiente para se conseguir mudanças estruturantes.

Pela escrita de Maria de Lourdes Pintasilgo (1981), articulam-se epistemologicamente outros ângulos de análise onde se inscreve a complexidade das relações, ao longo dos tempos, entre as mulheres e a palavra:

A palavra das mulheres surge num contexto e numa história em que a mulher (todas as mulheres) se sentiram, se viram, por vezes se quiseram, mudas. (...) A tomada da palavra é, antes de tudo, para as mulheres, a possibilidade de dizer *eu*, de retomar a história de maneira única porque profundamente pessoal. As mulheres passam a falar sem constrangimento. As mulheres dizem-se. As mulheres contam-se, na sua realidade e no seu imaginário. A sua vida assim dita é metáfora de um movimento mais amplo de todo o corpo social: a aspiração, latente em todos os indivíduos e grupos, de poder dizer *eu* e de poder dizê-lo livremente (ibidem: 3).

Alguns/mas investigadores/as vão além e problematizam e interpelam o tipo de compreensão do silêncio das mulheres que,

“é requerido em ordem a ver nele a implicação activa das mulheres no mundo como agentes sociais, políticos e económicos, enfrentando práticas discursivas e simbólicas massivamente falocêntricas que apoiam a ordem dominante nas estruturas institucionais e formações ideológicas patriarcais (...) nem tudo o que aparece como silêncio das mulheres é ausência de discurso (Lewis, 1993: 3)

A possibilidade e a “audácia de dizer *eu*”, sobretudo num contexto societal mais amplo, têm sido referenciados como problemáticos para alguns grupos, com ênfase no colectivo de enfermeiras (Buresh, Gordon, 2004), pelo que esta pesquisa não se pode ignorar este facto.

Na medida em que a metodologia seguida parte também da análise de políticas de formação, importa trazer à luz outras perspectivas sobre a especificidade da linguagem aí, utilizada. As abordagens tradicionais das políticas são norteadas por uma noção idealista de linguagem, como se de um veículo transparente de transmissão de informação, pensamentos e valores se tratasse. Em alternativa, alguns autores propõe que estas sejam entendidas como instâncias óbvias onde a linguagem serve um propósito político específico, construindo significados particulares e sinais inscritos num processo que mascara o conflito social e a obrigação protectora, com a noção de um interesse público universal (Codd, 1988). Sugere que a análise política se estribe numa lógica de desconstrução dos textos, como adiante poderemos ver.

Definidos os pressupostos epistemológicos básicos, norteadores da pesquisa cabe de seguida dar conta do seu percurso metodológico adoptado.

2. OPÇÕES METODOLÓGICAS E TÉCNICAS

Estando em jogo a compreensão e interpretação de especificidades de gênero que conformaram e conformam os percursos de formação, sendo estes entendidos em resultado do processo vivido e experienciado em relação à formação inicial e aos desenvolvimentos construídos e re/construídos nos múltiplos contextos habitados ao longo da vida, explicitam-se os pressupostos subjacentes ao planeamento da pesquisa, nomeadamente no que se refere a procedimentos técnicos.

Vários/as autores/as têm-se debruçado e produzido informação inerente aos percursos metodológicos em História de Vida (Plummer, 2001; Poirier, et al, 1995; cf. tb. Araújo, 2000; Magalhães 2005; Fonseca, 2006). Aqui serão clarificados basicamente os procedimentos subjacentes à construção e interpretação das Histórias de Vida.

2.1. Seleccionar narradoras: uma questão complexa

Trabalhar com método biográfico representa por si um problema. Portanto, várias questões se colocam. Uma delas, aliás bastante polémica, relaciona-se o número de Histórias de Vida.

No debate, esgrimem-se argumentos que vão desde a possibilidade de ler uma sociedade a partir de uma biografia singular (Balandier in Ferrarotti, 1983) e a representatividade, passando pela problematização da questão na sua generalidade (Poirier, et al, 1995) e por posições epistemológicas que não vêm sentido a tal interpelação (Ferrarotti, 1983). Por exemplo, para Daniel Bertaux (1997), centrado na saturação de conhecimento, o/a investigador/a só se retém quando a informação começa repetir-se, enquanto Ferrarotti (1983) considera que essa é uma abordagem profundamente redutora dado que não reconhece à biografia “nenhuma autonomia heurística real” (ibidem: 83). A qualidade e riqueza do “material biográfico perdem importância à vista da sua simples representatividade” (ibidem: 87). Em sua óptica, pela pregnância subjectiva reveladora de formas genuínas de ver o mundo e da apropriação das relações sociais por parte dos sujeitos, a história de vida tem valor em si mesma.

Assim, nesta investigação, cada uma das sete História de Vida apresenta-se como única e expressa subjectividades e percursos de vida específicos e singulares.

Uma outra questão relaciona-se com a definição de critérios norteadores da selecção das enfermeiras que iríamos ouvir e com quem partilharíamos a re/construção de sentidos das suas experiências e vidas. Tendo presente o objecto de estudo procurou-se enfermeiras que: i) tivessem estado no passado ou no momento da recolha de informação envolvidas activamente na construção e consolidação da profissão e/ou na redefinição do estatuto político de mulheres, a partir da condição específica, enquanto enfermeira hospitalar, no Estado Novo; ii) tivessem realizado a formação inicial durante o Estado Novo e no Estado Democrático, mais concretamente nas décadas de quarenta e sessenta, e no Pós-Revolução de Abril); e iii) que alguma delas tivesse experiência de formação avançada, no virar do século.

As décadas de quarenta, de sessenta, o pós vinte e cinco de Abril e finais da década de oitenta e início da de noventa, constituem marcos temporais determinantes na selecção das biografadas, bem como da análise documental (como adiante veremos). A primeira, por se relacionar com a implementação das políticas em formação de enfermagem de âmbito nacional, construídas à margem de enfermeiros/as. A segunda, pela consumação de pequenas, mas importantes transformações no ensino de enfermagem em resultado de “lutas escondidas” empreendidas em décadas anteriores, sobretudo na década de cinquenta. A terceira é marcada pelos ventos de Abril, que trouxeram, entre outros, a passagem para um nível único de formação em enfermagem. A quarta relaciona-se com o acesso de enfermeiros/as a vários graus de ensino, consumada pela adiada, sofrida e lutada integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, conformando novos desafios e oportunidades na vida dos/as enfermeiros/as.

A disponibilidade revelada pelas enfermeiras contactadas, após esclarecimento, sobre as exigências subjacente à metodologia a seguir, assim como a acessibilidade em termos geográficos constituíram-se dimensões previamente equacionadas, sendo de realçar a grande receptividade encontrada. A partir daqui, adoptou-se um conjunto de procedimentos específicos que culminaram na compreensão e interpretação das Histórias de Vida.

2.2. Construção e interpretação das Histórias de Vida

A produção de conhecimento, a partir de Histórias de Vida, resulta de um processo assente no comprometimento e na cumplicidade entre as biografadas e a pesquisadora, articulando-se a escuta activa e a valorização holística de cada pessoa biografada (Ferrarotti, 1983). Assim, por razões de sistematização, na primeira secção, dá-se conta dos pressupostos subjacentes à construção das Histórias de Vida e na segunda abordam-se (outros) procedimentos técnicos norteadores da interpretação das Histórias de Vida.

• O fazer das Histórias de Vida

Estabelecemos vários diálogos com as sete biografadas, em número diferenciado em função da interacção estabelecida. Encontrámo-nos no mínimo três vezes, sendo que com algumas delas chegaram às seis, para além de alguns momentos fortuitos que, não estando previstos, se constituíram em espaços/momentos de grande 'riqueza' em termos de construção de conhecimento.

A natureza da interacção foi desde logo uma questão fortemente ponderada. Assim, a 'entrevista estruturada' na medida em que "faz pouco por agarrar a experiência única do sujeito, a quem nunca é dada oportunidade para se tornar narradora da sua própria história de vida" (Summerfield, 2000: 94) foi, quase de imediato, posta de parte. Partindo do interesse em captar as singularidades e as especificidades da formação em enfermagem, nomeadamente no que se refere à invasão da «esfera privada», ao controlo dos corpos e das sexualidades e interpretar os significados dos silêncios individuais e colectivos relativos a certos factos e acontecimentos, da defesa e da negação de outros e da enfatização de alguns aspectos do passado em detrimento de outros (Summerfield, 2000), optou-se por não seguir um guião. Deste modo, os assuntos foram convocados por cada uma das narradoras, lançando-se uma ou outra questão mais directa, sobretudo no que refere ao domínio da esfera privada, à medida que a interacção o possibilitava. A decisão estribou-se também numa postura epistemológica de respeito pela dignidade, integridade e 'compostura' de cada uma das biografadas. Os encontros, previamente definidos, foram gravados, à excepção do primeiro com uma das biografadas por se ter revelado inicialmente algo relutante, tendo-se ultrapassado a questão nos diálogos subsequentes. Posteriormente, foram transcritos tendo por base os pressupostos defendidos por Poirier, Clapier-

Valladon e Raybaut (1995). Embora numa fase inicial tivéssemos levado as transcrições dos primeiros diálogos, face à reacção de surpresa de uma das narradoras em relação a algumas especificidades da oralidade, nomeadamente a cadência e interrupção dos assuntos para serem retomados em momentos posteriores, a partir daí optámos por esboçar as narrativas, no sentido de serem aprofundadas, ampliadas e re/construídas ao longo dos diversos encontros.

Assim, a partir dos sentidos construídos em torno de relatos de vida descontinuamente contados, foram *compostas* as Histórias de Vidas. Os procedimentos consistiram fundamentalmente na junção de diversos relatos em torno de factos, experiências, sentimentos e emoções, opiniões e perspectivas, assegurando a produção de uma narrativa final em coerência com a lógica e o significado intrínseco da experiência e da subjectividade em questão (Poirier, et al; Araújo, 2000).

A organização do texto teve por base a sistematização temática, respeitando-se, na medida do possível, a linha cronológica, evitando-se, contudo, entrar numa “cronologia obsessiva para a qual a sucessão temporal é um fim em si mesmo” (Poirier, et al 1995: 65). Importa referir, que, embora este critério seja relativamente fácil de enunciar, pelo emaranhado de acontecimentos enraizados, por vezes, num ponto confluyente, a sua operacionalização tende a não ser tão linear quanto possa eventualmente parecer numa visão mais imediata. Face ao exposto e porque a sistematização constitui por si só uma forma de re/construir sentidos do expresso em interface com o vivido, as biografadas participaram também nesta etapa, ainda que com níveis diferenciados entre si. Sempre que possível, as diversas secções das histórias de vida foram tituladas com recurso às palavras e expressões dos sujeitos (ibidem).

Tendo em vista maior “legibilidade” da História de Vida, procedeu-se a alguma ‘limpeza do texto’ (Magalhães 2005: 306). Foram retiradas basicamente algumas adversativas que, por vezes, eram utilizadas como ‘bengalas linguísticas’, ideias repetidas que ocorriam com frequência na retoma dos diálogos. Importa realçar três aspectos: a fluência dos discursos, na sua generalidade; a preocupação das narradoras em articular os acontecimentos de vida com os contextos habitados; e a omissão de alguns acontecimentos relatados que não virão a público pela nossa palavra, seja escrita, seja oral, tanto mais que a vida nos recusa a possibilidade de se renegociar a sua inclusão. Alguns desses assuntos remetem à vida íntima e

outros ao foro profissional (ver também Middleton, 1993). Estamos convictas que poderão se perder no tempo alguns contributos sócio-históricos, mas a paz da nossa consciência em nome da confiança que alguém depositou em nós, a isso nos dita.

Outra questão que foi discutida com as narradoras relaciona-se com o anonimato e a confidencialidade. Este foi um dos pontos difíceis nesta investigação, pois, embora tivéssemos com as biografadas eliminado alguns relatos e generalizado outros, o que na perspectiva de Plummer (2001: 137) coloca questões de “verdade”, trata-se de pessoas reconhecidamente envolvidas em fases cruciais do processo de construção e consolidação da profissão. Por isso, seria importante dar visibilidade pública a estas vidas, mas não tendo sido negociado desde logo este princípio e estando impossibilitadas em fazê-lo em relação a todas as biografadas, optou-se pelo anonimato. Os pseudónimos, alguns bastante criativos aliás, foram por elas seleccionados, com apenas duas excepções.

• Procedimentos de análise e interpretação da informação

Em secções anteriores, na esteira de Ferrarotti (1983) e Araújo (2004) explicitamos os pressupostos epistemológicos que nos levaram a considerar os materiais primários e as suas potencialidades heurísticas como o fulcro metodológico deste trabalho, razão também pela qual as Histórias de Vida constituem o primeiro capítulo da tese.

Porém, na medida em que este método “não recusa o contributo do conhecimento nomotético. Pelo contrário, exige-o, mas para o integrar num movimento heurístico a modelos hermenêuticos não lineares fazendo apelo à razão dialéctica e não à razão formal” (Ferrarotti, 1983: 60) procedeu-se também à análise documental. Foi neste contexto, que se procedeu a uma análise de políticas de formação e de textos produzidos quer por responsáveis pela formação em enfermagem, quer por enfermeiras, visando-se a apreensão das suas especificidades, em épocas concretas (Estado Novo e Estado Democrático, passando pela Revolução de Abril), articulando-as com (a lenta) mudança nas estruturas sociais.

Mais tarde, na sequência das orientações dos diálogos, tivemos necessidade de ampliar a análise das políticas a outros períodos. Aliás, uma pesquisa centrada na pluralidade de vozes e experiências, de opiniões, de sentidos explícitos e ocultos

exige disponibilidade de reorientação do seu percurso. Estávamos preparadas para o confronto com esta realidade, que veio a acontecer, não só em termos de políticas de formação como de outros assuntos trazidos a debate, como adiante veremos.

No sentido de compreendermos melhor os contextos vividos e interpretarmos a especificidade linguística dos normativos legais, como Codd (1988) refere, procedeu-se a uma revisão relativamente aprofundada político-ideológico e sócio-cultural português, em relação aos períodos em estudo. Procurava-se uma iluminação particular em torno da problematização da educação e da cidadania das mulheres em articulação com as questões da formação em enfermagem, enquanto *trabalho de mulheres*.

Deste modo, a análise documental promoveu a criação de condições necessárias à manutenção e interpretação dos diálogos e à construção conjunta de sentidos, pelo que as concepções e práticas em torno das Histórias de Vida como conjuntos “de elementos ilustrativos do que já é conhecido” (Ferrarotti, 1983: 30) são, de todo, rejeitadas. Ao invés disso, trata-se de uma forma de maior apreensão dos contextos de mediação a que o autor alude:

Cada indivíduo não totaliza directamente uma sociedade global; ele totaliza-a através da mediação do seu contexto social imediato, os grupos restritos de que faz parte, já que estes grupos são por sua vez agentes sociais *activos* que totalizam o *seu* contexto, etc. Da mesma forma, a sociedade totaliza cada indivíduo específico graças ao intermediário das instituições mediadoras que a totalizam sempre mais pontualmente em direcção ao indivíduo em questão (ibidem 45).

Centrando-nos no tratamento da informação, recorreu-se à análise de conteúdo como técnica privilegiada no campo das Histórias de Vida (Vala, 1986), tendo sido realizada numa lógica interactiva sistemática entre as subjectividades e as conceptualizações e vice-versa.

Na esteira de algumas investigadoras que trabalham com esta metodologia (Araújo, 2000; Magalhães 2005; Fonseca, 2006), partimos para o tratamento e interpretação da informação conscientes que as nossas matrizes de leitura dos discursos e apreensão de sentidos são também conformadas pelos quadros teóricos, pelas preocupações e pontos de vista, pelo que se impõe uma atitude auto-vigilante e autocrítica que permita captar as ‘subjectividades explosivas’. Assim, procedeu-se à pré-categorização do material a partir de cada um dos relatos originais das biografadas, num trabalho interactivo entre a lógica indutiva e

dedutiva. As pré-categorias foram construídas a partir de enunciados, mais ou menos longos, de modo a permitir a compreensão dos sentidos atribuídos pelas narradoras. Foram abertas várias pré-categorias e categorias que, não tendo sido previamente pensadas, resultaram de um percurso heurístico e críptico.

Fomos, pois, surpreendidas por concepções holísticas e desenvolvimentistas em relação respectivamente à profissão e ao ensino de enfermagem que enformaram as reivindicações de enfermeiras à autonomização (relativa) da profissão, logo nas primeiras décadas em estudo, pela ignorância da lei que proibia o casamento hospitalar, e, sobretudo, pela acção estratégica e intencional desenvolvida por estas (e outras) enfermeiras em contextos de forte opressão e subordinação das mulheres em geral e das enfermeiras em particular. Não esperávamos tantas descobertas, mesmo no domínio sócio-profissional e familiar. Neste contexto, tivemos necessidade de aprofundar alguns campos teóricos, como por exemplo, nomeadamente a formação em enfermagem (Hesbeen 2006; Honoré, 2004 Amendoeira, 2006) da reprodução social e teoria crítica feminista. Bourdieu (1999), Young (1990), Fraser (2002; 2001; 1997) e Francis (2001) foram alguns/mas teóricos/as onde procurámos mais contributos.

À medida que esta fase se foi desenvolvendo, foram emergindo categorias e temas mais abrangentes. Esta etapa culminou com a construção de grelhas individuais, tendo as pré-categorias sido construídas a partir de enunciados, mais ou menos longos, expressando os sentidos atribuídos pelas narradoras.

Neste processo de pré-categorização e categorização, mantiveram-se os princípios de exaustividade, pertinência e exclusividade. Um dos aspectos a realçar, nesta fase, prende-se com a necessidade que, por vezes, tivemos em dar uma outra sequência aos textos que compunham as narrativas. Investiu-se em média cerca de uma hora e vinte cinco minutos por página.

De seguida, agruparam-se as diversas grelhas de pré-categorias, constituindo-se ficheiros temáticos⁴⁴, que foram mobilizados nos diversos capítulos em que nos debruçamos sobre a interpretação das experiências e subjectividades, nos seus próprios termos, marcadas simultaneamente pela sujeição e pela acção humana intencionalmente transformadora.

⁴⁴ Face ao volume do material optou-se por colocar em anexo um exemplar relativo às pré-categorias de uma das Histórias de Vida (anexo I) e ficheiro temático (anexo II).

3. CONHECENDO AS NARRADORAS

Muito poderia ser dito na tentativa de produzir 'retratos' individuais e colectivos das enfermeiras que nos contaram as formas como construíram os seus percursos de formação e de vida numa profissão maioritariamente feminina. Seleccionámos algumas perspectivas individuais focalizadas, quer nas similitudes e proximidades, quer nas divergências e dissonâncias, permitindo uma visão de cada uma das narradoras, sem perder a dimensão colectiva. Dito de outra forma, procuramos proceder a uma apresentação breve promotora da compreensão dos percursos biográficos, trazendo à luz as singularidades (e regularidades) que de certo modo conformaram e delimitaram as continuidades e rupturas na formação e profissão de enfermagem, enquanto trabalho de mulheres.

As nossas narradoras, à excepção de Maria Diogo e de Dali, estiveram envolvidas, em diferentes níveis e espaços/momentos, na concepção de políticas de formação, participaram em grupos de trabalho inerentes às reformas do ensino de enfermagem, criação da Ordem dos Enfermeiros e Elaboração do Estatuto Profissional, ou seja, de alguma forma, lideraram muitos desses processos, em especial, a Enfermeira Maria Francisca Soares. As outras duas narradoras estiveram envolvidas activamente na operacionalização dessas políticas em espaços/momentos distintos, a primeira mais relacionada com o contexto das práticas e a segunda, com o da docência, ambos, de importância indelével para reconstrução das identidades profissionais e dos próprios sujeitos.

Ana Correia Santos e Dali residem numa capital de distrito e integram uma família de tipo nuclear, enquanto todas as outras residem em grandes centros urbanos e são solteiras. Estes factos são aqui referenciados, não porque haja qualquer intenção de conferir-lhes um espaço que paradoxalmente possa dar origem a leituras conducentes a um reforço das fronteiras entre a esfera pública e a esfera privada, mas antes por termos percebido que, em algum dos momentos, directa ou indirectamente, condicionaram as vidas destas enfermeiras.

Com todas foi relativamente fácil estabelecer uma interacção que, ao longo dos diversos encontros, foi progressivamente aprofundada e reforçada. Não podemos deixar de referir maiores dificuldades em compatibilizar as disponibilidades para os encontros com a Maria Aurora Silva, por razões profissionais mútuas, compensadas pela riqueza dos momentos conseguidos, muito centrados no objecto de estudo. A acessibilidade em relação às narradoras residentes na

“província” revestiu-se de um carácter mais facilitador, proporcionando-se *inclusive* momentos acrescidos de clarificação de sentidos de alguns aspectos que durante os encontros nos pareciam percebidos, mas que analisados à distância careciam de maior explicitação.

Daremos a conhecer as narradoras com base em critérios cronológicos de acesso à formação inicial, estribadas basicamente, em subjectividades (pessoais e profissionais) e nos contextos sócio-familiares e escolares. Os últimos, não sendo centrais nesta investigação, ajudam-nos a contextualizar e compreender domínios da socialização, nomeadamente no que se refere às relações sociais de género em interpenetração com outras dimensões sociais.

Realçando percepções em torno dos percursos narrados

Na esteira de Maria José Magalhães (2005: 233) consideramos que “as palavras que escolhemos para dizer das nossas vidas, as metáforas que se elegem do conjunto do universo da linguagem que parcialmente partilhamos, diz[em]-nos também quem somos e como aqui chegamos”. É o experienciar dessa descoberta que neste ponto também queremos apresentar.

• A sedução do saber

A Enfermeira Carvalho Martins nasceu nos finais da primeira década, do século XX, num grande centro urbano proveniente de uma família numerosa, que percebemos como relativamente abastada. Situação que deduzimos a partir de aspectos que a narradora enuncia a fim de nos contextualizar o quotidiano vivido na infância em estreita relação com as mudanças sociais que, desde aí, ocorreram na sociedade portuguesa, do contexto em que fomos recebidas, das questões da escola, nomeadamente, das habilitações literárias elevadas, à época, sobretudo para uma mulher. Importa realçar que, em momento algum, sentimos que as alusões foram efectuadas com a intencionalidade de sugerir uma origem social privilegiada, bem pelo contrário.

Até aos 12 anos, tratou dos irmãos mais novos e ajudava a mãe a cuidar da casa. Da escola, refere a 4ª classe feita em casa⁴⁵ e um episódio que nos ajuda a perceber a pedagogia adoptada, mas também o seu carácter, ainda que em

⁴⁵ (Cf. Cortesão, 2000, para aprofundamento da questão do “Ensino Elementar Primário, no lar doméstico”).

desenvolvimento, e que se prende com a recusa em continuar a trabalhar, depois de lhe terem ensinado, no mesmo dia, a somar, subtrair, multiplicar e dividir.

Revelou-se, desde o início, uma pessoa muito interessada em discutir e reflectir sobre os processos de formação e desenvolvimento da profissão, no passado e na actualidade, debruçando-se também sobre os problemas e as questões sócio-políticas emergentes. Relatava-nos a sua vida, centrada sobretudo na perspectiva profissional, como se não houvesse espaço para a esfera privada, com uma intensidade do vivido bem acentuada pelo recurso ao discurso directo que, por essa razão, deliberadamente decidimos manter na sua narrativa. As lutas (algumas escondidas), os conflitos, as desigualdades de oportunidades internas à profissão (quer no que se refere ao exercício, quer à formação ao longo da vida), as estratégias, as diferentes formas de oposição e resistência são reveladores de um envolvimento em algumas continuidades, mas muitas mais rupturas com o paradigma de educação dominante. Alguns episódios eram revividos com uma serenidade espantosa, salpicados por um humor intenso, sob o qual se percebia uma enorme determinação, agência e domínio científico em enfermagem, invulgares, à época.

Ao longo dos seus relatos, percebe-se grande investimento pessoal no domínio da formação, desenvolvida sob condições profundamente difíceis e dificultadas (que adiante retomaremos), movida por uma necessidade constante de aprofundamento de saberes e conhecimentos, em estreita ligação com o contexto da prática de cuidados. Contudo, em todos os encontros, o seu discurso era atravessado por expressões como em “sabia tão pouco, eu precisava de saber mais”, para de seguida acrescentar “eu não sei nada...” ou “a minha vida nada tem de interessante, são palavras que não prestam para nada, como posso eu contribuir para o seu trabalho, ainda por cima, um doutoramento!” Num primeiro momento, recusou a gravação do encontro, sugerindo outras enfermeiras que, de acordo com as suas palavras, “essas sim, com vidas e trajectos mais interessantes”. Depois, reconsiderou trabalhando-se em encontros subsequentes sobre as transcrições anteriores, mantendo sempre uma atitude de subvalorização dos seus saberes e experiências.

A centralidade dos seus relatos remete-nos mais para as experiências e vivências relacionadas com a prática de cuidados e a docência, abordando tangencialmente a participação na construção das políticas de formação e dos “instrumentos de

profissionalização”⁴⁶. Dá-nos a entender a existência de algumas tensões, clivagens e jogos internos, que releva em função dos resultados conseguidos em termos da formação e da profissão.

Várias vezes nos telefonou para nos dizer que tinha sido publicado um livro ou um artigo em determinada revista científica que nos podia interessar, revelando, por um lado, o acompanhamento dos desenvolvimentos científicos e, por outro, uma profunda solidariedade face aos percursos de formação. Aspectos que são uma constante na sua trajectória de vida. Continua a participar com regularidade numa organização profissional e em actividades comunitárias e religiosas, gerindo de forma bem disposta, as limitações físicas, de um tempo que teima em deixar marcas de passagem. Rosto redondo, sorriso fácil, cabelo grisalho, bem arranjado compõem uma intelectualidade subtil.

• Um grande sentido de justiça e luta

A enfermeira Maria Diogo nasceu na província, nos anos vinte, veio para Lisboa fazer o Curso Geral de enfermagem, na década de quarenta. Pouco nos fala da sua infância. Numa primeira fase, e muito compreensivelmente, não só pelo vivido, mas pela relevância política do acontecimento, a centralidade dos relatos incidiu na luta pelo direito ao casamento, ou melhor, na luta para que as enfermeiras casadas tivessem igual direito ao trabalho hospitalar, pelo que viveu na prisão e com a prisão da irmã e do namorado, o sofrimento. As pressões, as chantagens, as agressões físicas e psicológicas (estas bem mais vincadas no discurso), mas também as alianças, as amizades, cumplicidades eram relatadas ao pormenor. Revisitava as dimensões pessoais e profissionais do vivido, à luz do contexto sócio-político e ideológico de opressão e de algum isolamento do Salazarismo no contexto europeu, realçando, por um lado, a sua consciência política ténue, à época, e, por outro, a força das enfermeiras. A última, dita sempre no colectivo. Para a nossa narradora, a reacção brutal do regime é lida como uma evidência da ameaça que as enfermeiras e este evento representavam. Percorria cada um dos acontecimentos de vida, com uma serenidade absolutamente surpreendente, que em muitos momentos nos deixou perplexas, fazendo jus a uma aprendizagem profunda e forçada pela vida no sentido da contenção de emoções e sentimentos, talvez, agora, algo ajudada pela

⁴⁶ Expressão da narradora Maria Aurora Silva.

distância no tempo.

Passado este primeiro momento, outras facetas igualmente significativas, sobretudo no domínio sócio-profissional e político, iam irrompendo. Revelou-se uma mulher crítica, reflexiva e com uma agência sócio-profissional e política considerável, movida por um enorme sentido de justiça. Ousou defender as pessoas que entendia estarem a ser “injustamente atacadas”, independentemente das suas ideologias político-partidárias, quer antes, quer após a Revolução de Abril. No mesmo sentido, de justiça social, enfrentou situações vividas como eminentemente conflituantes (que, em nossa opinião, não o devem ser, mas entendemos que tenham sido, à época) na tentativa de compatibilizar os direitos de enfermeiros e o direito dos/as cidadãos/ãs a cuidados de enfermagem de qualidade. As questões da excelência do cuidar, a abertura à crítica e aos olhares externos e internos no sentido de melhor delinear a margem da acção, o investimento na formação ao longo da vida norteadas por uma lógica de formação-acção, mas também como meio de promoção profissional dão tom a esta narrativa, deixando marcas de formas plurais de feminilidade e de agência feminina.

O desenvolvimento sócio-histórico da formação e da profissão, problemática trazida à discussão estribada teoricamente em Françoise Collière, deixava um brilho de fascínio nos olhos. Mantém em aberto a possibilidade de continuar a investir e aprofundar, nesta área, sujeita a uma evolução muito positiva, no seu entender, pela mão de mulheres.

Havia uma preocupação constante que os acontecimentos fossem compreendidos à luz de um tempo e espaço próprio. O facto de podermos trabalhar sobre a transcrição das narrativas, reconsiderarmos, explicitarmos os sentidos foi muito securizante. Não poderíamos deixar de realçar, aqui, a disponibilidade, a preocupação com o rigor dos relatos e a prontidão em responder aos encontros e solicitações, porque “um trabalho destes é muito exigente e tem prazos”- dizia-nos esta senhora enfermeira, alta, elegante, de cabelos lisos, pintados em tom claro, harmoniosamente vestida.

• Uma postura política e de agir estratégico

A enfermeira Maria Francisco Soares nasceu em finais dos anos vinte, filha única, de uma família socialmente favorecida. É uma pessoa muito segura, boa

comunicadora, determinada e perspicaz. Não fala da infância. Tem uma trajetória académica e profissional de sucesso. A última, construída, fundamentalmente, em torno de funções docentes e de gestão política da formação e profissionalização da enfermagem. Digamos, co-liderou e liderou numa fase ligeiramente posterior, processos determinantes na e da evolução da formação e da profissão. Acompanhou os processos de autonomização do ensino de enfermagem, várias reformas, a integração no ensino superior, elaboração do Estatuto Profissional e a criação da Ordem dos Enfermeiros, focando, sobretudo, o primeiro.

Entre laivos de humor refinado e a assertividade que a problemática exige, traz ao debate os obstáculos que o poder político colocou à formação em enfermagem, as estratégias, os jogos políticos, as alianças a que as enfermeiras recorreram para impulsionar as mudanças (e determinaram algumas permanências), bem como o contexto sócio-político, também ele em mudança. A noção de um agir estratégico, a concertação de estratégias internas, persistência e resiliência⁴⁷ revelam sororidade e “feminilidades determinadas”⁴⁸ (Fonseca, 2006: 467), que urge desocultar e tornar visíveis (assumindo, desde logo, que as relações de género não podem ser interpretadas em relação ao seu restrito domínio -género-, mas em interpenetração e articulação com questões de outra natureza, nomeadamente de classe social, entre outras).

Conhecedora da evolução da formação em enfermagem, em Portugal e em alguns países estrangeiros onde estudou ou visitou, foi, basicamente, a nível da prática de cuidados que as vivências mais a chocaram pela desumanização e insuficiência técnico-científica. A problemática da formação em enfermagem não foi (ou foi tangencialmente) relacionada com o contexto educacional, em geral, e de mulheres, em particular, mas que, em nossa perspectiva, configuram pontes a desenvolver neste estudo. As questões de género atravessam a narrativa, por vezes, assumindo contornos ambivalentes e conflituantes. Toca, ora o essencialismo, ora (tangencialmente) a re/genderização do cuidado.

Fisicamente bem constituída, muito interessante, bem cuidada, de uma beleza marcada e cabeleira farta, de olhar directo e postura determinada, expôs o desencanto face ao “ incumprimento” da formação em enfermagem, em função

⁴⁷ Segundo, Robbins (1998) constitui a capacidade de resolver crises.

⁴⁸ O conceito de feminilidades é utilizado por Laura Fonseca em relação a jovens (cf. 2004).

das expectativas criadas e das lutas vividas. É muito crítica face à ineficácia das rupturas com um passado marcado pela (in)visibilidade dos/as enfermeiros/as e pela insuficiente assumpção da voz de agência, nomeadamente, em eventos científicos, bem como ao rumo que o ensino de enfermagem, na actualidade, está a levar.

• A voz do activismo da cidadania, da militância política e do profissionalismo

A Enfermeira Sintra nasceu algures no interior do país, onde como nos diz, “os horizontes eram fechados”, o que não constituiu impedimento à construção de uma carreira de sucesso. Bem pelo contrário, teve mais valias, entre elas, a oportunidade de viver entre rapazes e raparigas dos vários estratos sociais e o despertar para a intervenção em saúde e social e em estreita relação com o contexto social de produção.

Tendo perdido a mãe na infância, o pai surge como uma figura (ainda que não a única) de referência na veiculação de valores que a “marcaram como mulher”. A justiça, a frontalidade, a responsabilidade pelos seu próprios actos, o respeito pelo/a outro/a e por si própria e a participação e agência sócio-política brotam profusamente dos diálogos. A escola primária é percebida como o único nível de ensino verdadeiramente democrático. Esta expressão parece-nos uma forma enfática de realçar a acessibilidade, quase restringida a este nível de ensino, por parte da maioria dos rapazes e raparigas da sua região⁴⁹.

Possui uma consciência bastante clara da opressão e subordinação das mulheres na sociedade (e, diga-se, nem outra posição seria de esperar numa feminista), bem como das novas e (re)novadas formas e condições para a perpetuação desta situação discriminatória nos diversos contextos de vida e do exercício de cidadania. Particularmente no domínio da enfermagem, traz ao debate o contributo da formação neste sentido bem como a acção dos/as enfermeiras/as (onde se inclui a sua) conformando e delimitando as das continuidades e rupturas. Com muita frontalidade, como é seu apanágio, assume a sua condição de

⁴⁹ O papel da escola no regime salazarista, nomeadamente no que se refere à reprodução das desigualdades sociais e de género, pode ser aprofundado através de trabalhos de vários/as investigadores/as de educação (Mónica, 1978; Barreno, 1985; Stoer, 1986; Nóvoa, 1992; Magalhães, 1998; Araújo, 2000; Pedro 2002; Fonseca, 2005). Para exploração das concepções de “escola democrática” e “escola meritocrática” cf. Antunes, 1998.

privilegiada (como mulher), sendo no mundo da política e curiosamente (ou não), numa fase em que as mulheres portuguesas começaram a gozar juridicamente de estatuto de igualdade de género, ou seja, foi após a Revolução de Abril, que sentiu sobre si, a discriminação de género. Considera que exerceu a profissão e a política numa lógica de complementaridade e inter-penetração, na sua leitura, com mais valias para ambas as partes.

Com rigor e profissionalismo, defende acerrimamente a qualidade da formação e um cuidar de excelência. Aliás, entende que o reconhecimento social da profissão advém de uma intervenção de qualidade, que transcende em muito o estrito âmbito das instituições de saúde. Perspectiva o exercício activo da cidadania como uma oportunidade e desafia a (re)orientação do ensino e da profissão de enfermagem, neste sentido. Nesta linha de pensamento e sendo “coerente e consequente nos actos”, os relatos sobre os percursos de vida e a apreensão do mundo não podiam deixar de se entrecruzarem com reflexões e debates em torno de problemáticas sócio-políticas e feministas emergentes, entre elas, o referendo ao aborto que se avizinhava, e sobre o qual poucos/as enfermeiros/as se expunham publicamente.

Estatura média, rosto arredondado, cabelos grisalhos, gestos seguros e determinados, boa comunicadora, assertiva, feminista, activista da cidadania e, embora tivesse assumido cargos políticos a nível governamental, é sobretudo, como nos diz: “uma mulher do poder local”.

• No trilho de uma formação crítica e emancipatória

A enfermeira Ana Correia Santos nasceu na década de quarenta, numa família de cinco irmãos, que vivia do comércio de papelaria e que experimentou alguns momentos de ‘sufoco’ económico. Recorda com felicidade a infância e juventude. Mesmo estes episódios, de maior dificuldade económica, foram perspectivados como momentos de aprendizagem e de responsabilização.

Do ponto de vista da socialização familiar, realça o trabalho da mãe, à época, fora de casa, mas como “ajuda” ao pai, à família. Há, aqui, alguma dualidade em termos de rupturas e continuidades com a imagem do trabalho das mulheres, ou seja, por um lado, emerge a imagem de uma mulher que trabalha para além da esfera doméstica, por outro, é um trabalho visto como complemento do exercício profissional masculino. Esta imagem (embora não a única), comum nas

sociedades patriarcais, inscreve-se numa das estratégias também adoptadas pelo regime salazarista, na tentativa (relativamente bem conseguida) para invisibilizar e desvalorizar o trabalho feminino como várias investigadoras têm referido (Baptista, 1999; Pimentel 2000; Gorjão 2002; Torres, 2004). Neste sentido, criaram e criam-se imagens que circularam na sociedade, naturalizaram-se, re/produzindo os sujeitos.

Como nos diz, o pai foi também uma referência na sua trajectória de vida. Descreve-o como 'auto-didacta' que se confrontou com entidades influentes do domínio sócio-político e religioso e foi 'chefe' dos escuteiros. Neste sentido, considera que a influenciou em três dimensões: "a gestão; um certo espírito empreendedor e de luta, e o respeito pelo outro". Da mesma forma, e ao longo da vida, também os/as professores/as emergem dos relatos como modelos, cuja ênfase é colocada nos conhecimentos, nas competências pedagógicas e de intervenção sócio-política e na relação estabelecida para além do espaço escolar. Na mesma linha, também se percebe a visibilidade que tiveram, para si, as professoras que não correspondiam, de todo, ao "ideal de feminilidade", à época, que, embora em minoria, também existiam.

Fala-nos do "choque" do primeiro contacto com a escola de enfermagem, das vivências, das transgressões ao instituído inerentes à vida no lar e dos modelos de formação. Num estilo substancialmente argumentativo, apoiado numa perspectiva primordialmente sócio-histórica, enfatiza o modelo de formação algo rígido, mas que permitia descobertas invulgares, inspirado, no seu entender, na ETE, onde a Directora da Escola que frequentou fez o curso de enfermagem. É um modelo que conforma feminilidades, quanto a nós, em divergência e oposição. Esta perspectiva, relevante para a apresentação da narradora tendo por base o objecto de estudo, à semelhança do que acontece com outras narradoras, será por nós retomada e desenvolvida em capítulos seguintes.

Apesar de valorizar e ter investido na formação ao longo da vida, foi com o Curso de Ensino e Administração em Enfermagem que eclodiu todo um processo de autonomização e empoderamento, diríamos, de emergência do sujeito por excelência.

A partir daí, a formação, a gestão e a saúde pública constituíram-se nos três grandes eixos de desenvolvimento e intervenção profissional. A participação activa na construção das políticas de saúde e de formação em enfermagem, a

abertura da escola ao exterior, (em termos locais, regionais, nacionais e internacionais), os esforços desenvolvidos no sentido da proximidade e articulação entre os contextos de formação (escola e instituições prestadoras de cuidados, mediados pelos enfermeiros/as-chefes e não directores de serviço), a dinamização de encontros de índole académico-científica, a colaboração em processos de formação ao longo da vida, numa lógica de “Metodologia de Projecto” evidenciam, não só uma visão estratégica da formação em enfermagem, como uma agência sócio-profissional e política assinaláveis. A re/orientação do modelo de formação numa lógica emancipatória e crítica, centrado na aprendizagem dos/as alunos/as, foi outro desafio que abraçou e que ganhou (pelo menos, em parte), com direito a algumas críticas e oposições internas.

Construiu um percurso de sucesso, apesar dos constrangimentos de género e os decorrentes da distância/acessibilidade aos grandes centros (acentuada, à época) e do género. Nas suas palavras, a segunda, mais do que a primeira, mas as duas associadas potenciaram-se, impedindo, por exemplo, a participação na vida sindical, como gostaria de o ter feito. Sendo os papéis de género e a divisão sexual do trabalho na esfera privada justificados com uma base de argumentação, primordialmente, biológica, foi no final da sua recta profissional que mais sentiu o “peso” de ser “mulher, mãe, esposa, filha, nora e enfermeira”.

Focando, agora, o olhar para o colectivo de mulheres enfermeiras considera que o género condicionou de forma notória os percursos de formação (sobretudo, de formação contínua) e o desenvolvimento da profissão. É de realçar a assumpção progressiva e notória das desigualdades de género nos seus discursos. De facto, tendo nós uma experiência de investigação de influência mais positivista, foi interessante perceber, registar e compreender o potencial de consciencialização dos métodos biográficos. Este fenómeno foi muito evidente com a enfermeira Correia Santos.

Estatura média-alta, cabelo curto, sentido prático no vestir, pragmática, determinada, frontal e com uma capacidade crítico-reflexiva e de trabalho inusitada, solidária e cooperante activa na formação dos/as colegas (mesmo na actualidade) é uma enfermeira publicamente reconhecida por colegas, individualidades profissionais e organizações políticas.

• Uma pensadora de enfermagem

Em meados da década de quarenta, nascia a Enfermeira Maria Aurora Silva, nos arredores de um grande centro urbano, no seio de uma família humilde, onde todos/as trabalhavam, “até nós as pequenitas, que de tão pequenas tínhamos uma caixa para podermos chegar ao balcão”.

Da relação familiar, realça a influência diferenciada, mas harmoniosamente complementar dos pais. Esta é uma das singularidades evidenciadas neste trabalho. Do pai, um homem que tinha na música um sonho, fala-nos com afecto. O valor do trabalho, a honestidade e a verdade como forma de lidar com os demais foram valores, por ele, fortemente veiculados. A mãe, tem-na como uma excelente pedagoga, para quem “o valor inquestionável do trabalho”, o desenvolvimento de competências para a tomada de decisão e a importância da cultura para o desenvolvimento integral das pessoas, constituíam eixo estruturante na educação. Foram sobretudo estes aspectos que percebeu como significativos, muito mais do que a “ordem do lar”, por exemplo. Jogavam-se já na infância, sociabilidades e feminilidades em ruptura com importantes pressupostos dos paradigmas dominantes.

Trabalho, negociação, vivacidade, irreverência, o gosto pelas brincadeiras, a curiosidade sobre o mundo e a força da apreensão do “não dito” na e pela educação (formal e não formal) articulam-se para compor o quadro de uma infância vivida com intensidade, onde algumas das relevantes características da sua personalidade começaram a ser forjadas. A partilha, a solidariedade, a cooperação, a responsabilidade social, a procura do seu próprio sentido para os factos e acontecimentos de vida, o olhar para as desigualdades sociais, nomeadamente através da participação e liderança de uma Organização Não Governamental, perspectivando, desde logo, o contributo possível para sua transformação, a tomada de decisão são estruturantes nos relatos da sua experiência e da forma de apreender o mundo.

Revela-se grande “autora” da sua própria vida e agente sócio-profissional e política. A análise dos desenvolvimentos da formação e da profissão, nomeadamente no que se referia às relações sociais de género, eram norteados por um quadro de referências ideológicas e conceptuais sustentados, expostos com clareza, de forma pragmaticamente sistematizada, perspectivando, desde

logo, a visão de futuro. A visão estratégica (inerente ao desenvolvimento da formação e da profissão), inscrita num plano macro e micro, de índole marcadamente antro-po-sociológica, persecutória dos interesses do colectivo social, estribada na autonomização e emancipação, era de uma constância discursiva absolutamente invulgar e impressionante.

Neste quadro, sentimos necessidade de desafiar a narradora a uma breve 'desfocalização' do colectivo, para nos centrarmos um pouco mais no "eu" da narradora. Devemos dizer que, no imediato, se nos colocaram alguns (para não dizer muitos) receios metodológicos. Contudo, este desafio, muito bem aceite, revelou-se fundamental para a compreensão e interpretação dos sentidos dos relatos, muitas vezes, em relação às experiências de um colectivo, expressas de formas e com sentidos singulares. De facto, à luz das vivências, experiências e saberes construídos, também nós começamos a perceber melhor as posturas pessoais e profissionais (no sindicalismo, nos grupos e na equipa de trabalho), o sentido de oportunidade, as estratégias de delimitação e determinação da margem de acção, a reivindicação de condições de trabalho necessárias a um cuidar de excelência a que todos/as cidadãos/ãs têm direito e a acção transformadora desenvolvida e a desenvolver com e não para o colectivo. Foi, e é, com o colectivo que tem trabalhado na des/estruturação de sentidos e práticas estruturadas, para se re/construírem novos sentidos, também eles, conducentes a novos paradigmas de desenvolvimento da formação e da profissão.

Na verdade, sob uma enorme simplicidade, uma voz enrouquecida, um sorriso que ilumina o rosto sereno de cor trigueira e um olhar brilhante, profundo, por vezes, gaiato, eis uma "grande pensadora de enfermagem"!

• **Percurso de consciencialização da subordinação das mulheres**

Dali, com sensivelmente meio século de existência, é a mais nova dos/as cinco filhos/as, nascida no seio de uma família humilde, onde a socialização no que ao género se refere, foi significativamente evidenciada. À mãe, uma mulher "muito cuidativa", cujos saberes só muito recentemente aceita, talvez, também por ter lido Collière, foi "buscar o cuidar". Aliás, como a maioria da família "sobretudo, as mulheres". Acompanhou o pai nas lutas e debates político-partidários e ideológicos intensamente vividos no pós 25 de Abril.

Contudo, diz-nos que foi a mãe "a grande sábia em convencer o meu pai e o meu

irmão, de que eu deveria prosseguir os estudos, fazer um curso. Enfermeira ou professora era indiferente”. Ressalta, nestas palavras, a preocupação da mãe não só com as questões da educação, mas com o facto de lhe criar condições para aceder à esfera pública por via de um “curso”. Neste sentido, ainda que as possibilidades se enquadrem dentro das “portas” que tradicionalmente se abriram às mulheres, o ‘Magistério’ e a Enfermagem, não deixa de representar uma oportunidade de promoção social. As relações patriarcais, em mudança talvez, não deixam de ser perceptíveis. A sexualidade, hoje, um dos domínios de investimento, foi no interior da família uma área de tensão e conflito, tal como a religião.

É uma narradora que se opõe frontalmente aos discursos de “vocação” na base da sua própria vida, e quando sente que ele paira sobre os/as estudantes, o que no seu entendimento não é raro, tenta des/construí-los. No des/fiar da sua vida, convoca uma lógica cronológica e por temáticas, contextualizado-as do ponto vista sócio-político e familiar, com o saber e arte de quem com o método autobiográfico trabalha. Através de discurso fluído, substancialmente adjectivado, dá-nos a conhecer a vida e a forma como intensamente a tem vivido, primordialmente centrada em si e nas relações de proximidade. A paixão, o prazer, a satisfação e encantos, contrastam com a revolta, a dor, a angústia, as dúvidas, os receios, experienciados, entrecruzados por períodos de moratória, quer no exercício profissional (prática e docência), quer na formação ao longo da vida.

O Curso Geral de Enfermagem, um dos primeiros da escola, numa fase em que os ideais democráticos eram a bandeira, o modelo de formação centrado na aprendizagem e valorizando a competência profissional, como estratégia de afirmação profissional, a relação pedagógica, a participação política dos/as alunos/as na vida da escola, a “natural” expressão da sexualidade, associados ao vigor e irreverência da juventude fazem deste, um acontecimento de formação inesquecível, “só igualável ao Mestrado”.

A partir daí, passou, na sua leitura, a admitir as suas falhas e incongruências e aceitar as dos outros, a não ter certezas, nem verdades absolutas. Depois de uma crise de identidade, descobre novos sentidos e formas de se relacionar consigo e com o mundo. Novos olhares conduzem também ao desabrochar de um processo de consciencialização das desigualdades de género que atravessam os contextos

de vida. Desconstruir relações estruturadas na discriminação, para as voltar a reestruturar numa lógica estribada na autonomia e empoderamento convocam força, determinação, emancipação, mas também compreensíveis dúvidas, receios e ambivalências.

Rosto ovalado, pele brilhante, cabelos castanhos, olhos grandes, sorriso aberto, anéis e colares vistosos, mas de muito bom gosto, “briosa” como gosta de dizer, num estilo entre o jovem e o clássico, é uma mulher muito bonita, que tem vindo a construir uma carreira profissional com exigência e rigor.

4. CONCLUINDO

Neste capítulo, tomámos como preocupação central a concepção, teorização e realização do percurso de pesquisa nas suas diferentes dimensões e dinâmicas. Evidenciaram-se as opções epistemo-metodológicas, com ênfase no método biográfico, complementado pela análise documental de políticas de formação em enfermagem e de textos produzidos, quer por entidades com responsabilidades na formação em enfermagem, quer por enfermeiras.

Retivemo-nos também sob a forma como se chegou às narradoras, passando pelo compor do texto aos procedimentos subjacentes à compreensão e interpretação dos discursos, sob a preocupação constante em manter a genuinidade e sentidos das vozes escutadas.

Partindo da inter-relação estabelecida procedeu-se também a uma breve apresentação das narradoras.

CAPITULO III. GÉNERO, CIDADANIA(S) E AGÊNCIA: DOS DEBATES TEÓRICOS CONTEMPORÂNEOS ÀS PERSPECTIVAS NA PESQUISA

INTRODUÇÃO

A enfermagem (Collière 1989, 2003; Meleis 1991, Carneiro 1998; 2003) e a educação⁵⁰ (Mónica, 1978; Nóvoa, 1986; Louro, 1989; Cortesão, 2000; Araújo, 1993; 1995; 2000; Sarmento 2002) constituíram as duas grandes áreas profissionais através das quais as mulheres acederam à esfera pública, ainda hoje, muito conotadas com o feminino. Embora, por esta via, as mulheres tivessem encontrado uma oportunidade para se autonomizarem e desenvolverem as suas potencialidades humanas, que muitas souberam e puderam aproveitar, não deixa de ser, contudo, um acesso fundamentalmente conseguido através dos domínios que tradicionalmente lhes eram atribuídos na esfera privada – educar e cuidar.

Acresce ainda que a construção da profissão de enfermagem decorreu (e decorre) num campo conflituante inerente à posição social dominante da medicina (Collière, 1989; Carapinheiro, 1993; Lopes, 1994), até há poucos anos exercida maioritariamente por homens. São fenómenos que emergem e se jogam no seio de dinâmicas sociais muito complexas, relações de poder que subordinaram, discriminaram, oprimiram as mulheres (ainda que de forma cruzada com outras categorias sociais), primeiro na esfera privada, e que foram, depois, mantidas, re/criadas e legitimadas na esfera pública sob formas concretas assumidas no espaço e no tempo.

Vários/as autores/as (Dingwall; Rafferty; Webster, 1988; Collière, 1989, 2003; Meleis, 1991 Giovanini, 1995; Araújo, 2004; Soares, 1997; Watson, 2000; Carneiro, 1998; 2003; Simões e Amâncio 2004; Amendoeira, 2006), de forma explícita ou implícita, têm relacionado as dificuldades no processo de profissionalização e o baixo estatuto relativo (Amâncio, 2002) com as questões da feminização da profissão. Em Portugal, este fenómeno (feminização) tornou-se mais evidente a partir da década de trinta (Soares, 1997). Em finais de 2007⁵¹, a

⁵⁰ Referimo-nos aos níveis iniciais de ensino (Cf. Cortesão, 2000).

⁵¹ Dados referentes a 31-12-2007, obtidos na Ordem dos Enfermeiros.

profissão era constituída por 80,9 % de enfermeiras. Se olharmos para as áreas de especialização, constatamos que a população feminina predomina em todas as especialidades, obviamente, mas a sua distribuição (por áreas de especialidade) continua a evidenciar sinais da manutenção da divisão sexual dos cuidados, em parte, já referenciados por Françoise Collière (1989) desde a antiguidade. As áreas com maior percentagem de população feminina são, pois, a Especialização em Enfermagem (EE) de Saúde Materna e Obstétrica⁵² e EE de Saúde Infantil, respectivamente com 95,4 % e 94,3%. Segue-se a EE de Saúde Comunitária com 86,0 % e a EE de Médico-Cirúrgica 75,2 %. Por último, a EE de Saúde Mental e Psiquiátrica, com 68,1% e a EE de Reabilitação com 63,9 %.

Estes são, apenas, alguns dos aspectos que se cruzam com práticas e simbolismos no domínio da formação, da profissão e da organização social do trabalho, perpassados pelas relações sociais de género que atravessaram e atravessam de forma desigual a vidas das/os enfermeiras/os. Tudo isto deve ser analisado à luz dos entendimentos de cidadania numa perspectiva diacrónica.

Deste modo, de momento, emergem duas noções estruturantes a trabalhar neste capítulo: género, cidadania e agência. O conceito de género, na actualidade, reconhecido na produção de conhecimento, teve, contudo, um percurso dificultado na sua legitimação (Araújo, 2007), apresentando uma diversidade de significações (Amâncio, 2003; Ferreira, 2003) que estão na origem de debates e abordagens diferenciadas. A cidadania é, hoje, um conceito que prevalece em múltiplos discursos e espaços, com semânticas diferenciadas que, frequentemente, mascaram e dissimulam relações sociais profundamente anti-democráticas, nomeadamente de género. Algumas abordagens da cidadania assentam, precisamente, no “*disempowerment* (desempoderamento) ou perda da agência política para as mulheres” (Arnot e Dillabough, 2002: 23). Perspectivas feministas têm vindo a desafiar este sentido, não existindo contudo uma abordagem unitária (Francis, 2001). Pelo contrário, elas são plurais, por vezes conflituantes, cujos reflexos ecoam nos debates e nas teorizações em torno da cidadania das mulheres.

Neste capítulo, pretendemos, pois, trazer à luz alguma diversidade de pressupostos conceptuais que enformam debates e dilemas teóricos

⁵² Não pode ser ignorado na interpretação destes indicadores a interdição legal do exercício profissional masculino, nestas áreas, durante largo período do Estado Novo.

contemporâneos no que se refere às questões de gênero, cidadania e agência procurando explicitar o nosso posicionamento, nesta pesquisa.

Assim, no primeiro ponto, reflecte-se em torno das potencialidades e limites da concepção de gênero com vista à construção de uma cidadania mais justa e verdadeiramente inclusiva. No segundo ponto, apresentam-se as abordagens clássicas de cidadania, como narrativa moderna masculina, para, de seguida, se revisitarem algumas propostas feministas, que desafiaram o modelo androcêntrico, propondo-se diferentes conceptualizações para a inclusão das mulheres na cidadania. Finalmente, no terceiro ponto, proceder-se-á à sistematização e aprofundamento de concepções fundamentais à interpretação das vozes (e silêncios), das lutas, das cedências e da agência, determinantes da e para as continuidades e rupturas da formação em enfermagem e da prática da cidadania, enquanto *trabalho de mulheres* (Araújo, 2000).

1. GÉNERO

Procuraremos, neste ponto, aclarar o contexto de emergência do conceito marcado pelo “debate entre a *natura* e a *cultura*” (Araújo, 2004 b: 48), bem como a problematização em torno das definições de sexo e gênero. As potencialidades e críticas ao conceito e a complexificação e diversificação das teorizações por influência dos pós-estruturalismos, serão também referenciadas. A partir das perspectivas de Nancy Fraser (1997, 2001) e Iris Young (2003), incidimos o nosso olhar sobre o *dilema* da igualdade e da diferença.

1.1. Natureza versus cultura na emergência do conceito de gênero

Historicamente, a construção diferenciada do gênero tem sido justificada com base em diferenças biológicas entre homens e mulheres, que serviram de base de argumentação à inferiorização intelectual e social das mulheres, com reflexos nos múltiplos contextos de vida. Desde, Kant a Rousseau (Amâncio, 1991; Galcerán, 2001), de Durkheim a Engels (Philipp, 2001; Giddens, 2004) e de Freud (Giddens, 2004; Young, 2003) a Parsons (Parsons 2002), passando por muitos outros intelectuais de diversas ramos das ciências e em diferentes momentos da história, o recurso às diferenças biológicas para justificar as suas posições teóricas tem contribuído para reiterar, por esta via, as condições subjacentes à

subordinação, discriminação e opressão das mulheres na sociedade e na cidadania.

Embora a divisão sexual do trabalho tenha atravessado os tempos, as teorias centradas na ocupação de estruturas sociais, por homens e mulheres, em função das características biológicas, nomeadamente as teorias funcionalistas, vieram reforçar e legitimar esse pressuposto. Concebendo a sociedade como um sistema de partes interligadas que, assim equilibradas, funcionam de forma harmoniosa para gerar solidariedade social, as desigualdades de género constituíam, nas abordagens funcionalistas, uma forma de assegurar a estabilidade e integração social. Parsons (Parsons, 2002), um dos líderes desta corrente, interessado no estudo do papel da família nas sociedades industriais, defendeu que aos homens cabem os papéis instrumentais, onde se inclui o sustento da família, e às mulheres os papéis expressivos que pressupõem, para além da assistência, segurança e apoio das crianças, “estabilidade e conforto dos homens” (Giddens, 2004: 116). Esta divisão ‘complementar’ de tarefas emanaria da distinção biológica entre homens e mulheres, tendo fortalecido (se não fortalece ainda) as condições discursivas e ideológicas para assegurar uma ordem individual, familiar e social. A noção de complementaridade de papéis na família contribuiu para o funcionamento da ordem social e para ocultar relações de poder claramente assimétricas (Amâncio, 1994; 2002), veiculadas e reiteradas no e pelo desempenho dos referidos papéis, que se estribava em supostos atributos específicos de homens e mulheres. Dos primeiros, associados à cultura, num advir constante, esperava-se racionalidade, capacidade intelectual e crítica, agressividade. Das mulheres, associadas à “natureza”, “seres” acabados, esperava-se passividade, afectividade, emotividade.

É neste contexto que se explica a panóplia de qualidades (Collière, 1989; 2003; Nogueira, 1990; Giovanini, 1995; Meleis, 1991) e não tanto qualificações⁵³ (Kergoat, 1996) que se exigiam às enfermeiras, como a abnegação, a submissão, a obediência, a organização, a discrição, a paciência, o auto-controle e o espírito de sacrifício. Eram atributos associados a uma suposta ‘natureza feminina’ percebidos no estreito âmbito da biologia e em dissociação completa da

⁵³ Nas últimas décadas, os conceitos de qualificação e de formação qualificante têm vindo a ser amplamente debatidos. Porém, neste trabalho, são referenciados em relação com às habilitações académico-profissionais e exigíveis para exercício da enfermagem.

construção social, o que lhes confere um carácter imutável (Nogueira, 2001a). Aliás, as palavras de Costa-Sacadura, em 1954, aquando das Comemorações do Dia Mundial da Saúde são reveladoras deste pensamento:

A Enfermagem nasceu na família, como bem se compreende. Foi, e *sempre será*, a Mãe ou a Mulher a primeira das Enfermeiras. O exercício da enfermagem é sempre comandado pela devoção, pela abnegação e pelo sacrifício, qualidades que são, pode bem dizer-se, *inata e essencialmente femininas* [o itálico é nosso] (Costa-Sacadura, 1954: 4).

Como se observa, ao feminino vêm, nestas concepções associadas as expressões relativas à genética e à essencialização da categoria 'mulheres'. Constituem formas pelas quais se perpetuava o suposto "mundo feminino", enfatizando-se as rotinas, a reprodução de cuidados, o respeito pela autoridade (médica), em detrimento de espaços que permitissem o questionamento, a interpelação, a criatividade e a inovação (Meleis 1991; Kergoat, 1996; Collière, 2003) fundamentais, quer ao desafio do *status quo* (Meleis 1991), quer ao cuidar numa perspectiva holística (Kèrouac, 1996; et al).

Deste modo, a considerada "disposição natural" (Carneiro, 2003: 172) das mulheres para a enfermagem não só expressava de forma subtil a menorização intelectual das mulheres e a *desvalorização dos saberes* (Amâncio 2002; Lopes 1996; Simões e Amâncio, 2004) e *do conhecimento* (Melleis, 1991) subjacente aos cuidados de enfermagem, como também se criavam condições que moldavam e moldam a forma das enfermeiras perceberem o mundo que as rodeia, a profissão e a si próprias.

Estava em jogo uma categoria homogénea, universalizada que entrava e entra no senso comum – *enfermeiras* - cujos atributos tendem a ser internalizados perpetuando-se na re/produção dos sujeitos e de uma ordem social discriminatória. São concepções que se cristalizam, dificultando (embora não impedindo em absoluto), a visão e a adopção de estratégias conducentes à sua transformação.

Já no século XVIII, Mary Wollstonecraft, escritora inglesa, autora de *A Vindication of the Rights of Woman* (1792), onde defende os princípios da Revolução Francesa, ergueu a voz, reivindicando igualdade de direitos das mulheres ao acesso à educação e ao voto de cidadania, sob o argumento, de que as mulheres, pela diferença, trariam um valor acrescido à cidadania. Neste sentido, a autora não questiona as diferenças biológicas, mas sim a discriminação jurídica e social das mulheres.

Em 1949, também Simone Beauvoir introduziu novos e avivados contornos ao debate, ao afirmar em *O Segundo Sexo*, que 'não se nasce mulher, torna-se mulher'. Reafirmava, assim, as diferenças sociais entre homens e mulheres, mas recusava a sua justificação numa base psico-biológica, considerando antes, que estas resultavam de um complexo processo individual e social, na perspectiva do essencialismo filosófico⁵⁴ (cf. Marshall, 1994; Araújo, 2007). Este posicionamento foi crucial para a recusa da discriminação política, social, laboral e educacional das mulheres, abrindo-se um novo campo ao debate feminista e à investigação. A distinção entre género e sexo foi, neste aspecto, uma "importante estratégia" (Ferreira, 2003) política do feminismo da segunda vaga (Nogueira, 2001 a; Amâncio 2003, Ferreira, 2003).

1.2. Género e Sexo: da estratégia política às críticas ao conceito

Ann Oakley, em 1972, em *Sex, Gender and Society* (Tilly, 1994; Amâncio, 2003; Ferreira, 2003; Araújo 2004) introduziu, na sociologia⁵⁵, o conceito de género como forma de oposição e rejeição do determinismo biológico e de desarticulação da pretensa relação entre papéis sociais e biologia, dando ênfase ao processo de construção social e cultural que, em grande medida, condiciona a forma de ser e estar de mulheres.

Deste modo, o 'género' remete-nos à cultura e à construção linguística, social e histórica, dos comportamentos, atitudes e sentimentos de homens e mulheres. O "sexo" era entendido como uma categoria invariável relacionada com as diferenças biológicas, constituindo a identidade biológica dos sujeitos, na qual se incluem a genitalidade e as diferenças hormonais e cromossómicas (Alvarez, 2001). Tratava-se de destrinçar "o que na vida humana vem da própria hereditariedade, é herdado, está nos genes, e o que é obra da produção e intervenção humanas, da construção que os seres humanos conseguem operar sobre as condições de existência da vida" (Araújo, 2004 b: 48).

Com a introdução do conceito de género, a discriminação das mulheres no espaço público, no espaço de cidadania e no espaço doméstico, deixa de poder

⁵⁴ Segundo Barbara Marshall (1994) existem 3 formas de pensamento essencialista – essencialismo biológico, essencialismo filosófico e reificação histórica. Todos assentam na especificidade do corpo feminino, mas a natureza dos argumentos difere consideravelmente (Cf. Araújo, 2004).

⁵⁵ Segundo Lúcia Amâncio (2003), o termo já era conhecido na medicina e tinha sido definido por Robert Stoller, em *Sex and Gender*, em 1968.

ser entendida de forma, quase, inquestionável na base das diferenças biológicas, para ser entendida como socialmente construída. O lugar dos homens e das mulheres na estrutura social passa a poder ser entendido em relação com a organização sócio-política e cultural, susceptível de ser transformada.

Contudo, o termo género também tem suscitado dúvidas e críticas. Guacira Louro (1996), por exemplo, utiliza o conceito numa lógica desconstrucionista, mas admite que a ênfase colocada no carácter social das diferenças entre homens e mulheres pode ter ofuscado o facto de a construção social dos géneros envolver corpos, corpos sexuais. Butler (1999) vai mais adiante, considerando que o esforço das feministas em destrinçar sexo de género teve um efeito contraditório, por ignorar a centralidade que a heterossexualidade assume na construção social de género. Dito de outro modo, na medida em que a diferença sexual é denominada tão-somente como homem ou mulher, então o género retrata sempre o sexo. Para a autora, o binarismo sexo/género só faz sentido em complementaridade ao pressuposto da heterossexualidade. Tal distinção condiciona a variabilidade das práticas de desejo entre comportamento normal e comportamento desviante (Young, 2003). Para Butler (1999), o género é “performativo” podendo, assim, “dizer-se que o género se faz” (Nogueira, 2001a: 57) e o “sexo” é situacional, mediados ambos por aparatos regulatórios (Butler, 1999).

Young, a partir destas análises “poderosas e rigorosas” (2003: 116), alerta, de forma muito pertinente, para o modo como o essencialismo e as perspectivas das mulheres “privilegiadas dominam muito do discurso feminista, mesmo quando se tenta evitar essas tendências hegemónicas” (ibidem: 116-7). É, pois, crucial que nos mantenhamos ‘vigilantes’ para que estes fenómenos passem tão rápido quanto possível ao plano da consciência, para que se desenvolvam estratégias que não “atirem” ninguém para as margens, antes se constituam forças efectivas na e para emancipação de todos/as cidadãos/as independentemente do género, classe social, “raça”, orientação sexual, entre outras.

O essencialismo e a sua perpetuação cultural também são evocados por algumas investigadoras portuguesas (Nogueira, 2001; Ferreira, 2003), fenómenos que conferem à terminologia imprecisões, incongruências e fragilidades, isto é,

(...) as diferenças sexuais, virtualmente idênticas às publicadas décadas atrás, começaram a ser e são etiquetadas como diferenças de género. Estas novas diferenças são iguais às antigas mas “vestidas” de outro modo, isto é,

continuam a situar-se dentro dos indivíduos, a ser socialmente descontextualizadas e rapidamente biologizadas (Nogueira, 2001: 55).

Virgínia Ferreira (2003) considera que o “problema da formulação original de Oakley foi ter prolongado a herança da teoria dos papéis, não questionando a hierarquização existente entre os dois sexos” (2003: 73). Partindo da polissemia do conceito, na sua perspectiva de género, reforça as limitações analíticas, preferindo optar por *relações sociais de sexo*, como refere:

O “género”, por exemplo, porventura categoria conceptual mais assídua no novo jargão sociológico, pode ter sentidos tão diversos como: i) descrição positivista de sexo; ii) construção social e contingente da feminilidade e da masculinidade; iii) conjunto de diferenças produzidas e mantidas material e ideologicamente; iv) descrição pós-moderna da contínua mudança entre identidades. A primeira é sem dúvida a acepção mais comum na sociologia portuguesa, muito embora, não raras vezes, o sentido da sua utilização surja sobreposto a qualquer um dos outros três significados. (...) O “género” é, portanto, equacionado em termos de atributos inscritos na condição dos sujeitos em resultado dos processos de socialização. É visto como uma espécie de disposição duradoura do papel social que se exprime e condiciona os comportamentos e as crenças dos indivíduos.

As limitações desta análise são evidentes. Ela não consegue fazer-nos compreender o “género” como um sistema multifacetado de práticas e de relações que opera a todos os níveis do mundo social e, logo portanto, não permite visualizar o modo como a mudança social pode ser activamente promovida, a não ser através da revolução das mentalidades, que há-de ser fruto da alteração das estratégias de socialização. Como se a socialização, qual *deus ex machina*, pudesse ser assim isolada do resto do funcionamento do mundo social. Para obviar a estas dificuldades, optei pelo uso do conceito de relações sociais de sexo (...) (2003: 4-5).

A opção de Virgínia Ferreira pelas relações sociais de sexo segue a linha do feminismo francês (cf. Amâncio, 2003; Kergoat, 1996). Para a autora, as diferenças entre homens e mulheres podem ter uma base biológica como tem sido evidenciado por estudos recentes no domínio das neurociências e da biologia, “mas nunca se saberá até que ponto é que elas são uma resposta a pressões ambientais específicas ou um resultado apenas dos meios de conhecimento de que nos socorremos” (Ferreira, 2003: 103-104).

Um dos caminhos possíveis nesta contenda poderá residir na recusa ao radicalismo de posições (Louro, 1996). Na linha de Helena Araújo (2007) considera-se que, com o conceito de género pode realçar a dinâmica de interacção humana e de construção social das identidades femininas, masculinas, homossexuais e outras. O percurso que as ciências da saúde e da “ciência e disciplina da enfermagem” (Watson, 1999: 96) têm vindo a desenvolver, nomeadamente no que se refere à orientação para o cuidar no “modelo holístico” (Ribeiro, 1995:27), aponta neste sentido. Os regimes alimentares, os cuidados ao

corpo, as práticas culturais, a espiritualidade, as condições sócio-económicas e ambientais, constituem dimensões que interpenetram, intersectam o biológico. São, pois, factos que não oferecem grandes contestações na actualidade.

Deste modo, tem-se vindo a assumir que também os corpos⁵⁶ são “construído[s] socialmente” (Bourdieu 1996: 34; cf. Louro, 1996; Ferreira, 2003), são fortemente mediatizados e marcados pelos domínios políticos, culturais, sociais e linguísticos (Louro, 1996; Bourdieu, 1996; Butler, 1999; Weeks, 1999; Ferreira, 2003; Magalhães 2005; Fonseca, 2006). Partindo, assim, da imbricação entre o biológico e o social (Ferreira, 2003; Araújo, 2007) importa explicitar outras potencialidades e limitações do conceito de género.

1.3. Género: desconstrução de dicotomias, reafirmação de pluralidades e relações de poder

O pensamento moderno, como Jacques Derrida (2001) demonstrou, foi e é assinalado por dicotomias várias (homem/mulher, teoria/prática, cultura/natureza, unidade/diversidade, recto/curvo, razão/sentimento, público/privado, intelectual/manual, mente/corpo; tratar/cuidar), com supremacia do primeiro termo sobre o segundo, susceptíveis de serem ‘desconstruídas’, pese embora as dificuldades que lhe estão inerentes. Foi exactamente a ‘desconstrução’ que contribuiu para a causa feminista. Está em jogo a desconstrução de categorias universais sabendo que estas são sempre excludentes (Louro, 1996; Young, 2003).

As polaridades, mais que uma constatação, constituem um esquema lógico que nos prendeu (e prende) no seu interior e condicionou a visão de outras formas de perceber e compreender o mundo, delimitando, deste modo, a acção em ordem à mudança. Elas são histórica e sócio-culturalmente construídas. Masculino e feminino pareciam, até aqui, construírem-se em e como oposição linear mútua, aliás na lógica da modernidade. Como não bastassem estas dicotomias, outras se cruzaram no campo da des/profissionalização em enfermagem, como Collière (2003) refere e que são intrínsecas à categoria mulher (pura/impura, sublimada/temível, perversa/virtuosa, castradora/protectora). As dicotomias anunciam, em simultâneo, a oposição dos pólos entre si (homem/mulher, masculino/feminino) e a homogeneidade entre cada um deles, traduzindo-se na

⁵⁶ A questão do corpo será adiante desenvolvida.

fixidez dos pólos. Foi nesta lógica que aprendemos a ver o mundo, a pensar e a pensar-nos, sem muitas vezes nos apercebermos que as distinções dicotómicas engrandecem as diferenças, depreciam e/ou ignoram os atributos comuns e definem, estabelecem e perpetuam hierarquias (Tilly, 1994).

Assim, Joan Scott (1990), apoiada em princípios pós-estruturalistas e convocando sobretudo o conceito “desconstrução” de Derrida propôs que se analisasse em contexto “a maneira pela qual se opera toda a oposição binária, derrubando e deslocando a sua construção hierárquica, em lugar de aceitá-la como real, como evidente por si ou como sendo da natureza das coisas” (Scott, 1990: 13).

Esta proposta no que se refere ao género significa,

problematizar tanto a oposição entre eles quanto a unidade interna de cada um. Implicaria também observar que o pólo masculino contém o feminino (de modo desviado, postergado, reprimido) e vice-versa; implicaria também perceber que cada um desses pólos é internamente fragmentado e dividido (afinal não existe a mulher, mas várias e diferentes mulheres que não são idênticas entre si, que podem ou não ser solidárias, cúmplices ou opositoras (...)) (Louro, 2000: 16)

Para além de um pólo estar contido no outro, perspectiva-se a pluralidade de cada um deles, assumindo-se que os sujeitos são constituídos por diversos marcadores sociais para além do género, nomeadamente ‘raça’, classe social, orientação sexual e credos religiosos, entre outros, que se conjugam e articulam de formas peculiares e contextualizadas no espaço e no tempo.

Neste sentido, género é uma construção sócio-histórica e linguística resultante da conjugação de diferentes categorias sociais, que está na origem da defesa de identidades múltiplas (Butler, 1999). Deste modo, deixa de haver espaço para concepções simplistas do masculino-dominador *versus* feminino-dominado, submisso, para se admitir a opressão e dominação de homens em relação a outros homens mediadas pelas diversas categorias sociais, acontecendo o mesmo com as mulheres. A componente sócio-histórica de género deixa em aberto, ainda, a possibilidade, não só da existência de diferentes concepções de homem e de mulher, em sociedades e tempos distintos, como também da diversificação dessas mesmas concepções no interior de cada sociedade, em resultado da articulação de diferentes categorias sociais.

A concepção de género de Scott (1990) permite rejeitar o carácter fixo e permanente da oposição binária e, portanto, questionar o lugar ‘natural’ que se pretendia (e pretende) atribuir ao primeiro pólo da dicotomia. A construção das

relações de género passa a ser entendida no seio de redes de poder (Meyer, 1996; Araújo, 2004 b) que elas próprias integram (Louro, 1996).

Como nos diz Joan Scott (1990: 14), o “género é um elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o género é um primeiro modo de dar significado às relações de poder”. Deste modo, a definição é composta por duas proposições e várias sub-partes (cf. Meyer, 1996). Na primeira proposição, apresenta a proposta metodológica para os estudos de género. Nesta, estão envolvidos “quatro elementos” que não podem operar uns sem os outros, mas que não operam como se fossem meros reflexos uns dos outros, a saber: os símbolos disponíveis (que com alguma frequência veiculam mensagens contraditórias); os conceitos normativos que evidenciam as interpretações do sentidos dos símbolos (expressos, por exemplo, nas políticas, na religião, entre outras); a inclusão de uma noção política, assim como a referência às instituições e organização social; e a noção de identidade subjectiva, ou seja, os investigadores devem analisar as condições pelas quais as identidades de género são construídas e “relacionar os seus achados com toda uma série de actividades, de organizações e representações sociais historicamente situadas” (ibidem: 15). Na segunda, teoriza o conceito, centrado no poder e na política, chamando atenção para o género como primeiro modo (embora não o único) de dar significado às relações de poder.

Para Scott (1990), tal como para Barbara Marshall (1994), identidade não é obviamente pensada com um carácter universal. Dito de outro modo, “para começar a compreender o género como relacional tem de ser forjada uma nova concepção sobre a relação entre o indivíduo e a sociedade — entre o sujeito e a estrutura” (Marshall, 1994: 114) que não re/caia nas dicotomias homem/mulher, público/privado e na divisão sexual do trabalho. As identidades devem ser entendidas como,

relacional e historicamente *interpretadas* — múltiplas, muitas vezes contraditórias, e activamente construídas de acordo com os modos de interpretação historicamente disponíveis. Conceber as identidades como interpretadas permite-nos tratar o precário espaço entre essencialismo e nominalismo e entre agência e determinação (Marshall, 1994: 115).

Nesta concepção de “identidades genderizadas como identidades interpretadas” (ibidem: 114) enfatiza-se a margem de agência e de resistência determinantes para e na transformação das assimetrias de poder. A autora, na esteira pós-estruturalista, recusa as identidades fixas, mas afirma também não se poder

aceitar que o género se constitui e reconstrói a cada encontro. A introdução do conceito de género como construção social, histórica e linguística, veio fazer com que algumas feministas participassem da “viragem linguística” (Louro, 2000: 18), que esteve e está na origem da multiplicidade e complexificação dos debates e teorizações que emanam deste campo de estudos, inclusive no seio de feministas pós-estruturalistas.

1.4. Linguagem e subjectividades

A análise das relações de género que perpassam as sociedades patriarcais (em transformação) requer uma teoria que interpele as formas de organização social, os valores e ideologias que asseguraram a sua manutenção, perpetuação ou resistência, que não perca de vista a consciência individual e permita identificar formas e estratégias de transformação do *status quo*.

A linguagem é o factor comum na análise da consciência individual, do poder e organização social. Constitui o espaço onde as formas de organização existentes e possíveis, bem como as repercussões políticas e sociais que lhes estão subjacentes, são definidas e contestadas. Estrutura a forma como nos construímos, como vemos e interpretarmos o mundo (Magalhães, 2005). É a linguagem na forma de discursos conflituantes que nos constrói como sujeitos pensantes e nos permite dar sentido ao mundo, às experiências, e agir em ordem à mudança (Weedon, 1989). É, pois, o lugar onde tomamos sentido de nós próprias, onde se constrói a nossa subjectividade (Weedon, 1989, Magalhães, 2005).

Ao assumirmos que a subjectividade é construída, estamos a rejeitar o pressuposto de que ela é inata e/ou geneticamente determinada, tal como a modernidade a pensava. A subjectividade é produzida no seio de práticas discursivas de âmbitos diversos (económicas, sociais e políticas, cujos significados se constituem num espaço de luta constante pelo poder. Como refere Maria José Magalhães (2005: 331), convocando Ferrarotti e Barbara Marshall, é preciso “pensar a subjectividade individual numa perspectiva que, por um lado, não perca de vista a importância e o peso dos constrangimentos das condições materiais de vida e, por outro, não retire do horizonte a agência dos/as sujeitas/os”. Não se trata de subjectividades unas e fixas, pelo contrário, são fluidas, precárias e estão imbuídas de género, classe, ‘raça’, orientação sexual.

Desta forma, a subjectividade está aberta à mudança. Perspectivando a subjectividade como construção histórica, ela é reconstruída face à diversidade de práticas discursivas, por vezes conflitantes, com que nos deparamos nos múltiplos contextos da vida.

A forma como vivemos as nossas vidas enquanto sujeitos pensantes e conscientes, bem como a forma como conferimos sentido às relações sociais materiais que as estruturam, estão associados ao poder dos discursos existentes, ao acesso que temos a esses discursos e à força política dos interesses que representam (Weedon, 1989). Neste sentido, também os pressupostos que sustentam as diferentes teorizações são, pois, diversificados, plurais. Como reafirma Guacira Louro,

[p]arece difícil traçar um eixo comum às teorizações propostas pelas feministas pós-estruturalistas. Ainda que todas compartilhem a oposição ao discurso patriarcal, as suas críticas e proposições definem esse discurso de diversos modos e seguem linhas argumentativas originais. Em consequência, após a «viragem linguística», as teorias e os debates parecem que de se multiplicaram e intensificaram (ibidem, 2000: 18).

As subjectividades e identidades genderizadas foram socialmente construídas como dicotómicas. No entanto, algumas perspectivas feministas, sobretudo, pós-estruturalistas, desafiaram esta dicotomia. Neste desafio, novos debates emergiram tendo sido crucial o dilema teórico entre a igualdade e diferença.

1.5. Pensar igualdade e diferença: contributos de Nancy Fraser e de Iris Young

A preocupação com a inclusão genuína (Arnot, 1996) das mulheres nas diversas estruturas sociais tem sido comum aos movimentos de mulheres nos países da Europa Ocidental. Contudo, as abordagens têm sido diferenciadas (Araújo, 2007; Fonseca, 2006; Magalhães, 2005; Ferreira, 2003). Em que termos se defende essa inclusão? Uma inclusão em que as mulheres são consideradas idênticas aos homens ou diferentes? A construção social de género veio pôr em causa a categoria “mulheres”. Então, como abordar o colectivo mulheres, sem voltar à dicotomia homem/mulher e às identidades fixas? Como pensar uma cidadania que integre as pluralidades defendidas ao longo deste capítulo? São dilemas teóricos que se mantêm em agenda, aqui, problematizados a partir dos contributos de Nancy Fraser (1997, 2001) e Iris Young (2003).

Neste sentido, apresentamos duas perspectivas diferenciadas: a de Nancy Fraser

(1997, 2001) que nos fala de redistribuição em articulação com o reconhecimento; e da Iris Young (2003) defensora de políticas de reconhecimento da diferença, fala também em redistribuição.

• Igualdade e diferença: velho debate com novos enfoques?

O debate em torno da diferença atravessou as últimas décadas, foi adquirindo novos enfoques, mas, de acordo com Nancy Fraser (1997, 2001), é uma questão que está longe de ter sido ultrapassada. Pelo contrário, no contexto actual, há necessidade de pensar a diferença em articulação com outros eixos, nomeadamente a sexualidade, a nacionalidade, a etnicidade e a 'raça', tendo em vista a expansão da democracia e as tentativas de inclusão face às diversas formas de injustiça social. Importa então, reflectir sobre a forma como equaciona este processo, no sentido de se perspectivar um futuro em direcção a uma cidadania verdadeiramente inclusiva.

A investigadora identifica três fases no debate: na primeira, o foco era colocado na diferença de género; na segunda, eram as diferenças entre as mulheres que assumiam centralidade; e, por último, coloca-se a questão da intersecção entre múltiplas diferenças.

Na primeira fase, o confronto dava-se entre as "feministas da igualdade" e as "feministas da diferença". A discussão centrava-se, fundamentalmente, sobre a natureza e as causas da injustiça de género, seguidas das possíveis soluções. Sendo que,

"[a]s feministas pela igualdade viam a diferença de género como um instrumento e artefacto da dominação masculina. Aquilo que passa por tal diferença [por diferença de género] numa sociedade sexista, clamavam elas, são ou mentiras misóginas contadas para racionalizar a subordinação das mulheres (por exemplo, dizem que somos irracionais e sentimentais, por isso, não servimos para o trabalho intelectual mas encaixamos bem na domesticidade) ou os resultados socialmente construídos da desigualdade (ficámos de facto ansiosas em matemática ou medrosas face ao sucesso porque fomos tratadas diferentemente)" (Fraser, 1997: 99).

Deste ponto de vista, a ênfase nas diferenças de género não beneficiam as mulheres, pelo contrário,

É para reforçar o nosso confinamento a um papel doméstico inferior, daí para nos marginalizar ou excluir de todas aquelas actividades que promovem a verdadeira auto-realização humana, como a política, o emprego, a arte, a vida da mente e o exercício da autoridade legítima. É também para nos tirar a fatia que nos cabe em termos dos bens essenciais, tais como o rendimento, os empregos, a propriedade, a riqueza, a educação, a autonomia, o respeito, o prazer sexual, a integridade corporal e a segurança física (Fraser 1997: 99).

Reformulando, sob a perspectiva da igualdade, a diferença de género surgia imbrincada no sexismo. A acção política implicava minimizar a diferença de género. Esta perspectiva foi fortemente contestada pelo “feminismo da diferença”, também designado “feminismo cultural” (cf. Giddens, 2004; Alvarez, 2001), sob o argumento de que se estavam a adoptar percursos tradicionalmente masculinos com desvalorização da feminilidade. Deste modo,

as feministas pela diferença propuseram uma nova e positiva interpretação da diferença de género. As mulheres de facto diferem dos homens, clamavam elas, mas esta diferença não significa inferioridade. Algumas insistiram que, pelo contrário, as mulheres *nurturant* e amantes da paz, eram, até moralmente superiores aos homens competitivos e militaristas. Outras preferiram deitar fora toda a conversa sobre inferioridade e superioridade e reconhecer duas «vozes» diferentes de valor equivalente, e exigir uma escuta respeitadora da voz das mulheres (Fraser 1997: 100).

A concordância de que a diferença de género era realmente intensa e real, constituindo-se na diferença humana mais elementar, é um aspecto comum entre diversas correntes. Nesta linha,

[t]odas as mulheres partilhavam um «identidade de género» comum *enquanto mulheres*. (...) As feministas precisavam apenas de articular o conteúdo positivo da feminilidade em ordem a mobilizar esta solidariedade latente. A forma de fazer justiça às mulheres, em suma, era *reconhecer*, e não minimizar, a diferença de género” (Fraser 1997: 100).

Enquanto para a corrente igualitária, as injustiças centrais do sexismo residiam na marginalização das mulheres e na má distribuição dos bens sociais e, portanto, a chave para o problema passava pela participação igual e pela redistribuição, para as feministas da diferença, a diferença de género era a pedra de toque da identidade das mulheres. O ponto crucial da equidade de género era a revalorização da diferença. Esgrimiam-se, assim, argumentos bastante criticistas de cada um dos lados.

Entretanto, o impasse igualdade/diferença persistia e as feministas lésbicas e de cor erguiam as suas vozes por não se reverem nestas correntes (Giddens, 2004; Alvarez, 2001; Magalhães, 2005). Eram, agora, as diferenças entre as mulheres que vinham a lume. Radford-Hill (2000), feminista negra, refere que,

[a] insistência teórica no sexismo como a mais fundamental de todas as opressões e a incapacidade para desenvolver um enquadramento para a afirmação da diferença limitou o impacto e a utilidade do pensamento feminista. Quanto mais a teorização da segunda vaga retratava as mulheres como constructos sociais definidos apenas pela opressão, mais obscura ficava a conexão teórica entre ser empoderada e tomar responsabilidade individual para sustentar a [noção de] comunidade. A insistência do feminismo na primazia da opressão sexista simplesmente ignorou a relação entre raça, género e classe enquanto obscurecia o privilégio de raça e de classe das próprias feministas (2000: 14).

Ainda que durante muito tempo se mantivessem nas margens,

O feminismo *mainstream*, insistiam todas estas vozes, não era um feminismo para todas as mulheres. Privilegiava o ponto de vista das mulheres heterossexuais brancas de classe média que tinham até aí dominado o movimento. Falsamente extrapolavam das suas experiências e condições de vida de formas inapropriadas, mesmo prejudiciais, para outras mulheres. Então, o mesmo movimento que clamava libertar as mulheres acabava por reproduzir, nas suas próprias fileiras, o racismo e o heterossexismo, as hierarquias de classe e o enviesamento étnico, que eram endémicos à sociedade dos EEUU (Fraser 1997: 101).

Embora um dos movimentos tenha enfatizado a diferença masculino/feminino e outro a similaridade, o resultado alcançado convergiu no mesmo sentido: “ambos obscureceram importantes diferenças entre as mulheres” (ibidem: 102). De facto, não se tinha conseguido promover a esperada sororidade feminina, antes se criaram condições que estavam na origem de mágoas e desconfianças. Nancy Fraser vai mais longe ao afirmar que a repressão das diferenças deu origem à repressão de outros eixos de subordinação para lá do género, reprimindo-se também as diferenças de classe, de ‘raça’, de etnicidade, de nacionalidade e de sexualidade.

O cenário político encontrava-se agora povoado de movimentos sociais, nomeadamente feministas, cada um a politizar por uma diferença diferente, mas sem que houvesse uma coexistência paralela, lado-a-lado. Entretanto, cada movimento descobria, no seu interior, outras diferenças. Confrontava-se a necessidade de uma reorientação. As feministas teriam que estar dispostas a abandonar o enfoque exclusivo na diferença de género para poderem deixar de “interpretar as outras reivindicações de diferença como ameaças à unidade das mulheres” (Fraser, 1997:103). Mais ainda,

Só se estivéssemos dispostas a agarrar os outros eixos de subordinação para além do género poderíamos teorizar a nossa relação com as outras lutas políticas à nossa volta. Só se abandonássemos a visão de nós próprias como movimento social auto-suficiente, finalmente, poderíamos agarrar completa e verdadeiramente a situação: que as lutas de género ocorrem no terreno mais lato da sociedade civil, onde os múltiplos eixos da diferença estão a ser contestados simultaneamente e onde múltiplos movimentos sociais estão em intersecção (ibidem).

Não só as questões de género, mas também todas as outras diferenças careciam/em de teorização. Todas as subordinações põem em causa a cidadania e a justiça social e cruzam-se de formas diversas com o género.

Entrava-se, assim, na última e actual fase, cujo enfoque reside nas “múltiplas diferenças em intersecção”, onde prevalecem duas abordagens: o anti-essencialismo e o multiculturalismo, que a autora caracteriza partindo de uma

visão extremada das mesmas. Assim, na perspectiva anti-essencialista, céptica e negativa, todas as identidades se constituem repressivas e todas as diferenças são excludentes. Nesta linha, ao feminismo cabe a desconstrução da categoria “mulheres” e do binarismo que lhe está subjacente. O objectivo político do feminismo centra-se na desestabilização da diferença e das identidades de género que a acompanham. Não se põe em questão a construção de identidade feminina ou a existência de sujeito feminista colectivo. Na abordagem multiculturalista, celebratória e positiva, todas as identidades devem ser reconhecidas e todas as diferenças merecem afirmação, não se interpelando as relações entre a diferença e a desigualdade. Assim, esta versão de multiculturalismo a que designa “multiculturalismo pluralista” (Ibidem:106), ao valorizar todas as diferenças, ignora também as diferenças associadas a relações sociais de dominação.

Em síntese,

[o] multiculturalismo pluralista, finalmente, é a imagem espelho do anti-essencialismo destrutivo. Enquanto esta abordagem deslegitima todas as identidades e diferenças, aquela celebra todas elas indiscriminadamente. Assim, a sua política é, da mesma maneira, parcial. Também foge às questões políticas cruciais do momento. Quais as reivindicações identitárias enraizadas na defesa das relações de desigualdade e de dominação? E quais as que estão enraizadas no desafio a tais relações? Quais as reivindicações identitárias, em contraste, que trabalham contra a democratização? Quais as diferenças, finalmente, que uma sociedade democrática deve procurar alimentar e quais, pelo contrário, deve procurar abolir? (Fraser 1997: 107).

Como diz, nenhuma das abordagens se apresenta suficientemente diferenciada, constituindo-se no eco do velho debate igualdade/diferença. As fragilidades de ambas têm uma raiz comum - a desconexão entre a política cultural da identidade e da diferença e a política social da justiça e da igualdade. É neste contexto que se questiona “o que podemos aprender desta história? Como podemos usar as suas lições para desenvolver uma orientação política feminista viável? E para onde devemos ir a partir daqui?” (Fraser, 1997:107). Seguidamente a autora propõe três teses para uma política feminista.

Em relação à primeira, argumenta que ganhámos com a evolução para o estágio das «múltiplas diferenças em intersecção». Sendo assim, não há forma de voltar ao velho debate da igualdade/diferença centrado no eixo exclusivo da diferença de género. Temos antes que o reorientar para a articulação das múltiplas diferenças. Dito de outro modo, precisamos de reconectar de “reconectar a

problemática da diferença cultural com a problemática da desigualdade social” (Fraser, 1997, 107-8).

Em termos da segunda, afirma que a abordagem anti-essencialista das diferenças e das identidades como relacionalmente construídas trouxe ganhos, mas não significa que nos mantenhamos exclusivamente no desconstrutivismo. Devemos, antes, desenvolver uma perspectiva anti-essencialista que assegure a articulação entre a política de identidade e diferença com a política da justiça e da igualdade. E no que se refere à terceira, a autora desenvolve que, da visão multicultural, advieram mais valias, mas não significa que se aceite a versão pluralista do multiculturalismo. Devemos comprometer-nos com o desenvolvimento de outra versão que nos permita ajuizar sobre o valor das diferenças, interpelando a sua relação com a desigualdade.

Em síntese:

devemos encontrar uma forma de combinar a luta por um multiculturalismo anti-essencialista com a luta pela igualdade social e pela democracia. Só então estaremos aptas a desenvolver uma política feminista que seja adequada ao nosso tempo (Fraser 1997: 108).

Desenvolver uma política feminista impõe a necessidade de pensar as mulheres como colectivo social, para o que convocamos o pensamento de Iris Marion Young para a nossa reflexão.

• Pensar “mulheres” como um colectivo social

Uma das preocupações de Young (2003) reside em pensar nas formas pelas quais a teoria política pode contribuir para a mudança social dos colectivos oprimidos. Desde logo, a situação é dilemática. A autora, consciente das dificuldades e riscos de normalização e exclusão quando se fala de categorias sociais homogêneas, mas também da existência de colectivos (Young, 2003: 118), (mulheres ou outros), que são alvo de opressão, impondo uma acção grupal, propõe que se entenda “género como serialidade” (Young, 2003: 113).

Partindo do conceito de *serialidade* de Sartre, desenvolvido em *Crítica da Razão Dialéctica*, e articulando com o conceito de género, a autora prossegue no sentido de “pensar as mulheres como um colectivo social” (Ibidem:113), evitando, assim, a perda de consistência da política feminista. Série, na perspectiva do filósofo, constitui um colectivo organizado com base nas relações que as suas acções estabelecem com os objectos materiais e as estruturas práctico-inertes. O meio

prático-inerte, constituído por estruturas através das quais os indivíduos concretizam os seus objectivos, é entendido como constrangimento e limites aos modos de acção. Dizer que,

se faz parte de uma mesma série não significa necessariamente que se identifique com um conjunto de atributos comuns que todos os membros têm, porque o seu estatuto de membro é definido não por alguma coisa que as pessoas são, mas antes pelo facto de, nas suas existências e acções diversas, estarem orientadas em torno dos mesmos objectos ou estruturas prático-inertes. Ser membro de uma série não define a identidade da pessoa. Cada membro da série está isolado, é Outro para os Outros e, enquanto membro da série, é Outro além de si próprio (ibidem:128).

Tal como Young afirma, não existe conceito de série no que se relaciona com características que claramente determinem o que nos indivíduos os faz pertencer a uma determinada série. Neste sentido, a série é uma unidade esmaecida e mutável, um colectivo amorfo.

Os corpos constituem um dos objectos prático-inertes que constroem o género, mas não são os únicos. Existem variadíssimos artefactos e espaços sociais cujos códigos de género condicionam não só a acção da pessoa como a interpretação que a pessoa faz das acções dos outros. Por exemplo, podemos descobrir-nos enquanto “mulheres” ao deparar que estamos numa casa de banho masculina.

Para a investigadora o que, em termos gerais, estrutura a relação definida pelo género com estes objectos prático-inertes é a divisão sexual do trabalho. Avança afirmando que “a divisão entre cuidar e não cuidar de bebés ou de corpos é a divisão do trabalho mais comum, sobre a qual muitas outras divisões do trabalho assentam” (ibidem:130).

Os corpos e outros objectos constituem a realidade prático-inerte da série “mulheres” por meio de estruturas sociais como a heterossexualidade forçada, a divisão sexual do trabalho e as hierarquias de poder genderizadas. As estruturas que geram o meio da existência serializada de género condicionam (favorável ou desfavoravelmente) a acção, ainda que não a determinem, nem a definam.

As estruturas de género não são, pois, características que definem cada sujeito. São, antes, factos sociais materiais com que cada sujeito lida e se relaciona. As hierarquias genderizadas de poder interagem com os outros eixos de diversas formas, conformando diferentes relações de poder. Em seu entender, a divisão genderizada do trabalho codifica certas profissões como “próprias de mulheres”, como a enfermagem (Meleis, 1991) e a assistência social (Amâncio, 2004) e, outras “adequadas aos homens”, com implicações de longo alcance, em termos

de poder, prestígio e recompensa material. Nesta perspectiva, o género é crucial para teorizar as estruturas sociais e as suas implicações sobre as vidas das pessoas. Constitui assim,

uma forma particular de posicionamento social dos corpos vividos em relação uns com os outros dentro de instituições de processos histórica e socialmente específicos que têm efeitos materiais no meio ambiente em que as pessoas agem e reproduzem entre si, relações de poder e de privilégio" (Young, 2003a: 13).

Atenta às críticas às abordagens essencialistas, distingue 'grupo' de 'série', com base, ainda, nas concepções de Sarte. Assim, grupo diz respeito a um conjunto de pessoas que se identificam e reconhecem mutuamente e partilham de um projecto comum norteador da acção colectiva. O segundo, ou seja, a série não é um colectivo onde exista uma identidade mutuamente reconhecida, nem a partilha de qualquer projecto comum. O termo grupo está reservado para colectivos autoconscientes de pessoas que têm e perseguem objectivos comuns, que se constituem, muitas vezes, em resposta a uma condição serializada.

Esta é a proposta que apresenta para abordar as questões estruturais que condicionam a vida e a liberdade dos colectivos, entre eles, de mulheres.

Neste contexto, emerge a necessidade de procedermos a uma reflexão em torno de algumas concepções e debates inerentes à construção histórica da cidadania, que se pretende verdadeiramente inclusiva, genuína e justa (Arnot e Dillabough, 2002).

2. CIDADANIA: DESOCULTAÇÃO DE SENTIDOS, LIMITES E POSSIBILIDADES

Cidadania e cidadão são termos que "carregam" uma força enorme, que encerram respeito e dignidade (Fraser e Gordon, 1995). A cidadania velha como as comunidades humanas sedentárias (Barbalet, 1989) é, na actualidade, um termo solene, grandioso e humanista (Fraser e Gordon, 1995), para além de ser sedutor (Araújo, 2007) pela atracção e incentivo em diversos sectores da vida social e política. Uma palavra, quase, de 'encanto', utilizada em relação a uma diversidade de questões, desde: a importância do estado bem-estar, ao seu contributo para o bem-público, aos custos e obrigações que lhe são inerentes, da necessidade de maior controlo sobre os benefícios sociais ao envolvimento dos/as cidadãos.

Remete-nos para a esfera da pertença e da participação política (Machado, 2004), ou seja, "pode ser descrita como participação numa comunidade ou como qualidade de um membro dela (Barbalet, 1989: 12). Convocam-no vozes para

reivindicar tanto os direitos, como para denunciar o incumprimento de regulamentos e normas, num sentido mais amplo e disciplinador, constituindo, até, argumento a ideais nacionalistas. Mesmo quando a expressão é aplicada com carácter informal, como por exemplo, 'um cidadão do mundo' continua a revelar aprovação e respeito (Fraser e Gordon, 1995). Trata-se, pois, de um termo polifónico (Araújo 2007) com diversas significações (Machado, 2004) em estreita articulação com concepções de estado, de classe social, de género, de 'raça', de exclusão, de indivíduo, de poder, de igualdade, de diferença, de empoderamento, entre outras.

Polifonia da cidadania refere-se às diversas vozes estruturadas em torno de referenciais distintos, assumindo formas de dissonância absolutamente explícitas ou, pelo contrário, assumindo expressões ténues e subtis. Mas convoca, também, o sentido das pluralidades, não se submetendo à enunciação de uma voz única e específica, tendo, antes, a diversidade como pano de fundo. A multiplicidade de ruídos e vozes geram análises e reflexividades profundas, dando oportunidade à emergência de novos enfoques a favor da justiça social, da inclusão, da igualdade. Desta forma, cidadania é também um conceito heurístico (Araújo, 2007), "um desafio e uma oportunidade" (Lister, 2002:165). Contudo, desafiar novos sentidos numa lógica emancipatória, pressupõe, antes de mais, um olhar reflexivo sobre a cidadania à luz do pesado legado da modernidade. Apresentaremos, assim, uma revisão sobre duas correntes diferentes, por vezes, antagónicas que enformam o pensamento clássico sobre cidadania: o liberalismo e republicanismo cívico (Lister, 2002). Referiremos ainda os contributos de Marshall para a emergência da cidadania social, sem ignorar os pressupostos críticos e excludentes subjacentes à sua proposta, realçando-se de seguida a forma como algumas feministas têm agarrado as "oportunidades criadas pelo conceito de cidadania, tanto nas suas análises como nas lutas políticas" (Lister, 2002:165).

2.1. Cidadania: narrativa moderna e privilégio masculino

A teorização dominante tem ignorado e ocultado as formas como as mulheres têm vindo a aceder progressivamente à cidadania, seguindo, com muita frequência, padrões distintos dos homens. Procura-se, pois, desocultar algumas formas, através das quais a "narrativa moderna masculina" (Araújo, 2007:87) acentuou a

exclusão e invisibilização de 'colectivos seriais' (Young, 2003), entre eles, de mulheres. Construiu representações das mulheres como subordinadas na cidadania, criando, por esta via, condições que circularam e se perpetuaram através do senso comum, condicionando a forma como foram e são percebidas, e como perceberam e percebem o espaço de cidadania, nas suas múltiplas dimensões.

Explicitar a natureza da cidadania como masculina, na sua especificidade, ajuda-nos a compreender “que a exclusão das mulheres (e o instável processo da sua inclusão), longe de constituir uma aberração histórica, tem integrado a teoria e a prática da cidadania” (Lister, 2002:167), numa ordem social que é susceptível de ser transformada. Procura-se perceber a evolução histórica, sem que ela confira um carácter fatídico e inevitável, pelo contrário, se desenhem perspectivas de mudança.

2.2. Dos direitos individuais à noção de “bem comum”

Thomas Hobbes e John Locke são autores do passado, referenciados com esta perspectiva, cujas preocupações se centraram na liberdade, autonomia e direitos dos indivíduos. Contudo, o conceito de liberdade é ambíguo. Oscila entre uma orientação *libertária* e uma tendência *igualitária*, com a existência de uma ampla gama intermédia⁵⁷, sendo que, a linha *libertária* na sua posição extrema, pode levar ao individualismo e ao anarquismo e a *igualitária* conduz ao socialismo e, no seu limite, à tirania estadista e ao totalitarismo.

Segundo Helena C. Araújo (2007), a ênfase na liberdade e autonomia dos indivíduos, inscrita na primeira lógica mencionada, é mais acentuada em Locke “pela defesa não só do consentimento do povo para legitimação de um governo, mas também de um poder que se deve exercer atendendo às necessidades e aspirações das pessoas cidadãs” (Araújo, 2007: 88). O estado, segundo estas abordagens, deve assegurar condições de liberdade dos indivíduos de modo a atingirem os seus objectivos, competindo-lhe apenas “regular os conflitos” entre os indivíduos. O estado visa, tão-somente, garantir a segurança da vida (Hobbes) e da propriedade (Locke) dos indivíduos, de modo a prosseguir os interesses particulares, de acordo com as regras do mercado e da propriedade (Santos, 1994). “Sendo os cidadãos livres e autónomos, o poder do estado só pode

⁵⁷ cf. Enciclopédia Luso Brasileira (1992), vol 12, 16.

assentar no consentimento deles e a obediência que lhe é devida só pode resultar de uma obrigação auto-assumida, isto é, do contrato social” (Santos, 1994: 205). Ao conceber que os “homens” nascem livres e iguais, estas perspectivas não valorizaram as desigualdades sociais e económicas no e para o exercício da cidadania. De acordo com Helena Araújo (2007), para John Locke, nem os animais, nem as mulheres participavam da apreçoada liberdade natural do homem. Esses/as tinham que estar subordinados ao homem. E ainda que sob referido pressuposto de que todos nascem iguais e livres, na estrita esfera masculina, nada impediu Locke de defender a articulação do direito de voto com a posse de propriedade, restringindo o direito à participação política apenas aos proprietários. No decurso do século XIX, estes pressupostos foram progressivamente postos em causa, passando gradualmente a ser reconhecido esse direito aos operários-homens, mas não às mulheres, que tiveram que aguardar muito mais tempo e, em alguns países, ainda não o conseguiram. Neste sentido, Carole Pateman (2003; cf. tb. Arnot e Dillabough, 2002; Lister, 2002, entre outras) apresenta uma crítica muito contundente às perspectivas liberais, salientando que nem mesmo os anarquistas, que têm como slogan “nenhum homem é suficientemente bom para ser dono de outro homem”, conscientes, portanto, da submissão entre os homens, se preocuparam em discutir com os seus congéneres socialistas “a questão do domínio sexual” (Pateman, 2003: 31). Os “indivíduos autónomos, sujeitos de direitos, eram homens e chefes de família” (Pedreira, 2001: 94).

Como nos diz Helena C. Araújo (2007), o liberalismo nas suas origens, através da divisão entre o público e o privado-doméstico, visava a promoção da segurança, a liberdade individual e a restrição do poder estatal. O domínio da esfera privada ficou restringido às mulheres subsumidas na figura masculina, com reflexos, no quotidiano. Apesar de, a partir da segunda metade do século XX, ter recorrido a uma linguagem de universal neutro, não conseguiu, nem consegue ocultar a sua incapacidade em converter a teoria por si construída, (assente na referida divisão), numa outra (teoria) relativa a homens e mulheres como participantes activos na vida pública e privada (Okin, in Pedreira, 2001). A dicotomia público-privado e as correspondentes qualidades respectivamente masculinas-femininas, ainda se mantêm muito vivas no seio das relações genderizadas de cidadania (Lister, 2002). O poder desta dicotomia conformou a entrada das mulheres na

cidadania, em termos fundamentalmente masculinos. Aliás, parte considerável da teorização dominante actual ignora o que se passa na esfera privada e as suas implicações na e para a prática da cidadania. Oculta-se e ignora-se, por exemplo, que a divisão genderizada do trabalho na esfera privada, enforma o acesso de homens e mulheres à esfera pública e aos direitos políticos, civis, económicos e sociais que lhe são inerentes. Na realidade, registaram-se mudanças sobretudo nas formas assumidas, sem que signifique a inclusão efectiva dos/as cidadãos/ãs. Em síntese, as abordagens liberais relacionam a cidadania, sobretudo, com os “direitos atribuídos aos indivíduos” (Lister, 2002: 169) que não foram concedidos às mulheres (e inicialmente, também não foram concedidos a alguns homens sem propriedade) contribuindo para a sua exclusão da cidadania e para manutenção da sua subordinação, ainda que assumindo, na actualidade, formas muito mais subtis. No sentido de prosseguirmos esta revisão, incidimos, agora, o olhar sobre uma outra abordagem, o republicanismo cívico.

A preocupação com a construção do “bem-comum”, a criação de uma comunidade política, a relação entre os seus membros e a ideia de que ser cidadão implica deslocar os interesses dos indivíduos em si mesmos, (nos termos do liberalismo) e/ou do grupo de pertença mais próximo, a favor da participação da construção dessa comunidade política (Araújo, 2007), constituem eixos estruturantes destas perspectivas perfilhadas por Jean-Jacques Rousseau.

As diferenças entre as perspectivas liberais e o republicanismo cívico são, por demais, evidentes, nomeadamente na concepção de cidadania e de estado. A cidadania é uma “*prática* que envolve responsabilidades para com a sociedade em geral” (Ibidem). Em relação ao estado, como refere Helena Araújo, (2007) na esteira de Iris Marion Young, são os cidadãos que, pela sua participação, o modelam e configuram, de acordo com o entendimento que têm de “bem comum”. Nesta medida, a liberdade e autonomia situam-se nas próprias actividades públicas e de cidadania. Contudo, não houve no republicanismo cívico uma reflexão profunda no sentido de assegurar a inclusão de todos os grupos no exercício activo da cidadania (ibidem). A investigadora prossegue argumentando,

[n]os republicanos cívicos do século XIX e da sua viragem, existe claramente a concepção de que os que não adoptam o ponto de vista geral não podem ser incluídos. Inclusão é analisada na base de uma experiência comum que, como mostraram as feministas, significa enquadrar-se sob a capa de uma experiência masculina, ou pelos estudos de educação multicultural, em torno da *whiteness* (Araújo, 2007: 90).

O republicanismo, embora se constitua numa abordagem substancialmente diferenciada da abordagem anterior, a inclusão na cidadania desenvolveu-se em estreita relação com a “narrativa moderna” estribada no homem branco, de classe média e heterossexual. A concepção rousseauniana de mulher evidencia bem este pensamento que se impôs nas sociedades ocidentais. Tendo “conferido a igualdade e a democracia aos homens, atribuiu, em contrapartida, a subordinação e a domesticidade às mulheres, fazendo depender a ordem social do casamento, da fidelidade conjugal e das virtudes da maternidade” (Pinto e Henriques, 1999: 11).

Rousseau enfatizou a maternidade, o amor à família e a moralidade feminina, excluiu-as da racionalidade e, conseqüentemente, negou-lhes o direito à educação e à prática da cidadania. Segundo ele, “mulher sábia é um castigo para o esposo, os filhos, para toda a gente” (Montero in Araújo, 2001). Apropriado pela burguesia vitoriana, esse ideal de mulher, assente na suposta “natureza” feminina, foi difundido pelo pensamento político e, simultaneamente, legitimado pelos “discursos científico, religioso e positivista” (ibidem). Deste modo, o republicanismo cívico também contribui para confinar as mulheres ao espaço doméstico (Pinto e Henriques, 1999).

Temos vindo a debruçar-nos sobre o liberalismo e o republicanismo cívico. Ora, associada ao indivíduo e seus direitos, ora relacionada com a construção do bem-comum, a cidadania tem usufruído de um estatuto central nos debates e discursos sócio-políticos. Uma das contribuições mais marcantes, no século XX, para pensar a cidadania, veio de Thomas Marshall, pelo que será de todo pertinente analisar e reflectir sobre contributos e críticas decorrentes da sua perspectiva.

2.3. Marshall: um marco na cidadania social

Marshall, na sua obra escrita nos primeiros anos que se seguiram à II Guerra Mundial, questionou a inevitabilidade da perpetuação das desigualdades que inundavam as classes trabalhadoras, constituindo-se a educação um dos meios, pelos quais a situação poderia ser revertida e transformada. Acreditava que o grande problema residia no trabalho pesado e excessivo das classes operárias, e que este podia ser reduzido. Mais convicto ficou, face à análise da situação de trabalhadores mais qualificados, cujos conteúdos da actividade profissional não eram tão enfadonhos e cansativos, tendo constatado que começavam a dar mais

valor à educação e ao lazer do que a um simples aumento de salário e conforto material. Estava-se, em seu entender, perante um processo de desenvolvimento de independência, autonomização, respeito face aos outros e de aceitação dos “deveres públicos e privados de um cidadão (sic)” (Marshall 1967: 60). Logo que o avanço tecnológico permitisse esbater o trabalho pesado ao mínimo, terminar-se-ia com o trabalho excessivo e as classes trabalhadoras seriam abolidas. Marshall tinha consciência de que seria acusado de perseguir ideais socialistas, embora diferisse destes, pela manutenção dos elementos essenciais ao mercado livre.

Um dos seus grandes pressupostos estribava-se na obrigatoriedade, por parte do estado, em assegurar a todas as crianças o acesso ao nível mínimo de escolaridade, ainda que, para isso, o estado, numa fase inicial, tivesse que recorrer à coerção. Note-se que a preconização destas medidas se restringia ao nível elementar de escolaridade e às pessoas em que esta “capacidade” de escolha não estivesse desenvolvida. Na sua concepção, o estado “está obrigado a compeli-los e ajudá-los a tomar o primeiro passo adiante; e está obrigado a ajudá-los se desejarem dar muitos passos à frente” (ibidem). Os recursos mundiais e a produtividade seriam suficientes para assegurar o investimento na educação universal e eliminar o trabalho excessivo e pesado. O exercício da cidadania era aprendido e apreciado no decurso do processo de construção que permeia a passagem de artesãos qualificados a “homens civilizados”.

Marshall, aceitando a desigualdade quantitativa e económica, opunha-se, porém, à desigualdade qualitativa entre o “homem civilizado” e o indivíduo que não o era (Marshall 1967: 61). Para o autor, na linha da tradição liberal (Santos, 1994), em primeiro lugar, cidadania é um estatuto inerente à condição de pleno membro de uma comunidade (Barbalet, 1989) e em segundo, todos os que possuem esse estatuto gozam de igualdade no que se refere a direitos e a deveres (cf. tb. Barbalet, 1989; Araújo, 2007). Acrescenta, ainda, que sociedades diferentes atribuirão direitos e deveres diferentes ao estatuto de cidadão, pois, não existe qualquer pressuposto universal que determine direitos e deveres inalienáveis da cidadania, na sua generalidade (Barbalet, 1989).

A partir do estudo do desenvolvimento histórico da cidadania em Inglaterra, nos últimos 250 anos, Marshall identifica “três partes, ou elementos” (Marshall 1967: 63) integrados no conceito de cidadania: civil, política e social.

O elemento civil, construído no século XVIII, é composto pelos direitos cruciais à

liberdade individual, tais como: a liberdade de imprensa, de pensamento e de credo religioso, o direito à propriedade e a celebrar contratos e o direito à justiça (ver tb. Araújo, 2007). Este último distingue-se dos demais, por permitir assegurar e reivindicar a igualdade de todos os direitos. Deste modo, a instituição mais directamente associada aos direitos civis é o sistema judicial (Marshall, 1967; ver tb. Barbalet, 1989).

Por elemento político, deve entender-se o direito à participação no exercício do poder político, nomeadamente, direito de voto, de eleger e ser eleito (Marshall 1967), assim como a tomada de decisão. Estes direitos que emergiram no século XIX estão associados a instituições parlamentares (Marshall 1967; Barbalet, 1989).

Por último, o elemento social é constituído por um vasto conjunto de direitos relacionados que engloba, desde a qualidade de vida consentânea com os padrões sociais vigentes ao património social, como ele nos diz:

O elemento social refere-se a tudo o que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar económico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade (Marshall, 1967: 63-4).

Estes direitos sociais, que só “atingiram o plano da igualdade com os outros direitos de cidadania no século XX” (Marshall, 1967:75), são realizados de forma significativa através dos sistemas sociais e do sistema educativo. Realçou a importância destes direitos como forma de melhorar as condições de vida, sobretudo dos grupos mais desprotegidos. Preconizou um tipo de estado que não só limasse as “arestas mais ásperas das gritantes desigualdades de classes, mas que também eliminasse efectivamente certas diferenças de estatuto assentes na própria diferenciação de classes” (Fraser e Gordon, 1995: 31). Deste modo, para Marshall, o estado de providência tornou-se central ao exercício da cidadania.

Foi sensível às contradições e tensões entre os três elementos que compõem a cidadania, civil, político e social, no decurso da sua evolução, realçando o entrelaçamento entre os direitos políticos e sociais (Marshall, 1967). Enunciou situações de exclusão da cidadania e percebeu que aquela esteve na origem de desigualdades sociais. Foi pioneiro na conceptualização e defesa da cidadania social, enquanto estágio superior do desenvolvimento histórico da cidadania moderna (Fraser e Gordon, 1995), como forma de atenuar “determinadas desigualdades sociais” (Barbalet, 1989).

De facto, uma das principais contribuições do autor reside na articulação entre cidadania e classe social (Santos, 1994), cujas consequências mobilizou na caracterização das tensões entre o capitalismo e cidadania. Para Marshall (1967), a ampliação da cidadania é estimulada tanto pela luta por esses direitos, como pela sua posse, depois de obtidos. Neste sentido, as relações antagónicas entre a cidadania e a desigualdade de classes contribuem para a transformação mútua. Como refere Barbalet (1989: 24), “na perspectiva de Marshall, a cidadania é não só um *status* que diminui a desigualdade de classes mas está também em conflito com ela, de modo que o conflito de classe pode possivelmente dizer respeito à natureza e âmbito dos direitos de cidadania”. Nesta linha de pensamento, evidencia-se a existência de uma teoria de mudança social (Barbalet, 1989).

Pese embora os seus inestimáveis contributos para pensar cidadania, não significa, contudo, que o devemos aceitar acriticamente (Fraser e Gordon, 1995). Pois, a sua ênfase no direito ao emprego ou no direito do cidadão a defender o seu país convive com a exclusão das mulheres da cidadania ou a sua definição como “cidadãos de segunda classe”, condenadas a viverem uma cidadania parcial. A periodização encontrada para definir os estádios da cidadania aplica-se somente a trabalhadores brancos, homens, obscurecendo as condições de subalternidade em que as mulheres vivem e exercem a cidadania, na sua diversidade. Helena C. Araújo (2007: 91), convocando Walby, prossegue afirmando que “a sua concepção da sucessão de direitos civis, políticos e sociais é inadequada para o caso das mulheres no ocidente, pois, na generalidade dos casos, foi a partir dos direitos políticos que conseguiram obter os outros direitos”. Da mesma forma, as suas distinções entre sociedade civil, política, e social tendem a aceitar sem problematizar as hierarquias relacionadas com outras categorias sociais, nomeadamente, a “raça”, a diferença sexual (Fraser e Gordon, 1995) e orientação sexual. Marshall, ao centrar-se sob os principais objectivos da cidadania, a atenuação das desigualdades sociais de classe e a protecção relativa às forças de mercado, ignora, de certa maneira, não só outros eixos cruciais da desigualdade, como também outros “mecanismos e áreas de dominação” (Fraser e Gordon, 1995: 33).

Na realidade, embora o enfoque de cada uma das perspectivas seja diferenciado, a polifonia da diversidade emerge, fundamentalmente, na teorização de Marshall

pelo confronto das desigualdades de riqueza e poder económico (Araújo, 2007) e pela perspectiva de mudança social (Barbalet, 1989). Todas as abordagens foram construídas com base em pressupostos e requisitos associados aos ideais masculinos, que excluíram e, mais tarde, incluíram as mulheres de forma subordinada, condicionando e delimitando o acesso à educação e a determinadas formas de cultura, para além de lhes vedar o espaço de participação política e na tomada de decisão com reflexos “indelévels em todo o processo de emancipação” (Pinto e Henriques, 1999:19) como vários estudos têm comprovado, quer a nível nacional (Araújo, 1998; 2000; 2000b; Araújo; Magalhães, 1998; 2005; Nogueira, 2001; Ferreira, 2003; Fonseca; 2001; 2006), quer a nível internacional (Subirats, Brullet 1988; Arnot e colaboradoras, 2000; 2000 b; Arnot e Dillabough 2002). Impõe-se, agora, uma análise sobre os contributos de algumas abordagens feministas para a reconceptualização e ampliação (Magalhães, 2005) do conceito de cidadania.

2.4. Cidadania sob diferentes enfoques feministas

As diferentes correntes feministas têm vindo, sob pontos de vista diversos, a desocultar e a desafiar o pensamento dominante em torno da cidadania, explicitando não só as configurações da exclusão das mulheres, bem como os processos que legitimaram a sua subordinação. Neste contexto, propomos uma incursão sobre teorizações que fazem emergir o contrato sexual como base da inclusão paradoxal das mulheres na cidadania (Pateman, 2003), a outras que se estribam na “cidadania diferenciada” (Young, 1990; Ruth Lister, 2002), passando pela “armadilha do maternalismo”⁵⁸.

Carole Pateman, em *O contrato sexual* (1995), na sequência da linha de pensamento que vinha desenvolvendo em trabalhos anteriores desafia uma das ideias centrais na construção da cidadania liberal que “consiste na ideia de *liberdade*, consubstanciada no contrato social” (Magalhães 2005: 343). Através deste contrato social garantia-se aos cidadãos a liberdade para exercer a cidadania. Por isso, afirma que o contrato original constitui um pacto sexual-social, mas enquanto a história do contrato social entronca em acordos negociados no espaço público, a história do pacto sexual incide na subordinação. Como diz,

⁵⁸ Expressão de Madeleine Arnot.

[o] pacto originário é tanto sexual como um contrato social, é sexual no sentido de que é patriarcal – isto é, o contrato estabelece o direito político dos homens sobre as mulheres – e também é sexual no sentido de que estabelece uma ordem de acesso dos homens ao corpo das mulheres (Pateman, 1995: 11).

O contrato social constitui-se na base de uma fraternidade masculina, fraternidade que é política, que tem conseguido garantir a perpetuação do patriarcado moderno que simultaneamente, “nega e pressupõe a liberdade da mulher” (Pateman, 2003: 41). O argumento clássico do patriarcado assentava na sujeição dos filhos aos pais, sendo essa sujeição também política. O direito político era natural, ficando à margem do contrato. A origem do poder político residia no poder procriador do pai. Uma vez que se efectua o contrato original, a distinção entre a esfera pública civil e a esfera privada, em resultado da diferença, entendida como subordinação sexual, é também uma diferença política. As mulheres, apesar de não terem feito parte do contrato, foram integradas numa esfera que, simultaneamente, é e não é parte da sociedade civil. A esfera privada integra a sociedade civil, mas está separada dela. Dito de outro modo,

(...) o contrato original são homens *brancos* e o seu pacto fraternal tem três orientações: o contrato social, o contrato sexual e o contrato de escravatura que legitima a lei do branco sobre o negro. (...) Através do espelho do contrato original, os cidadãos podem ver-se como membros de uma sociedade constituída por relações livres. A ficção política reflecte-nos os nossos “eus” políticos – mas quem somos “nós”? Só os homens – que podem criar vida política – podem tomar parte no pacto original e, no entanto, a ficção política fala também para as mulheres, através da linguagem do “indivíduo”. Uma estranha mensagem é enviada às mulheres, que representam tudo aquilo que o indivíduo não é; no entanto, a mensagem tem de ser continuamente transmitida porque o conceito de indivíduo e o contrato social dependem das mulheres e do contrato sexual. As mulheres devem reconhecer a ficção política e reproduzir a sua linguagem, apesar de os termos do pacto original as excluírem das discussões fraternais (Pateman, 2003: 32-3).

Neste sentido, a autora considera que a “incorporação das mulheres na sociedade civil” (Pateman, 2003: 33) se baseia num forte paradoxo, ou seja, foram incluídas como subordinadas na esfera privada e excluídas da esfera pública com base nos mesmos atributos e aptidões. Como diz,

[s]e as mulheres tivessem sido meramente excluídas da vida social, como escravas ou esposas quando a protecção do marido imperava, o carácter do problema teria sido evidente. Mas as mulheres foram incorporadas numa ordem social na qual a sua liberdade é aparentemente garantida (Pateman, 2003: 33-4).

O contrato sexual conferiu aos homens o direito de controlar as mulheres e o lar, através do casamento (Arnot 2000 b). Embora esta filosofia se conforme em torno dos direitos dos cidadãos, a maternidade e o casamento ficaram fora do contrato

e, conseqüentemente, da cidadania. Contudo, a maternidade foi também entendida como um dever das mulheres em relação ao estado, em algumas vezes, “considerado equivalente ao trabalho masculino de soldados e trabalhadores” (Araújo, 2007: 95). Neste sentido, a maternidade foi construída como estatuto político. Apesar do republicanismo enfatizar o papel das mães na veiculação de valores e ideais republicanos “configurando o que se entendia que seria o contributo das mulheres para um estatuto político, mas que não se traduzia numa linguagem de direitos” (ibidem). Por tudo isto, Carole Pateman afirma que a questão não se coloca em termos de diferença, mas sim de subordinação feminina.

Face às mudanças operadas nas últimas décadas, nomeadamente no que se refere às estruturas patriarcais, (que já não são tão sólidas como eram no período decorrido entre as duas últimas décadas do século XIX e a década de setenta, no século XX), ao entendimento progressivo da dicotomia privado/público como um problema político e à desagregação de alianças políticas de longa data, a história do contrato original tem que ser contada num outro contexto, mas “está longe de estar acabada” (Pateman, 2003: 43). Nas suas palavras, é necessário prosseguir a discussão e a acção política no sentido de uma feminilidade autónoma (ibidem). Outras perspectivas, igualmente preocupadas com a inclusão das mulheres na cidadania, encontram, por exemplo, no maternalismo, a força de inclusão, cujos termos, limites e potencialidades deverão ser trazidos ao conhecimento.

O pensamento maternal concebe a maternidade como uma prática social geradora de uma ética específica. Sara Ruddick (1989), uma das teóricas que defende esta corrente, analisou a maternidade a partir dos comportamentos que se desenvolvem em torno da criança, filhos ou filhas. Segundo a autora (1989), a maternidade como prática geradora de uma ética específica caracteriza-se por três necessidades dos filhos/as: necessidade de preservação; de desenvolvimento; e de aceitação social. A mãe desenvolve, de forma constante e sistemática, o pensamento estratégico na procura das melhores soluções para os problemas, assegurando respostas adequadas às referidas exigências.

De acordo com Ruddick (1989), esta disposição especial para o cuidado, o olhar atento e sistemático no sentido de identificar, interpretar e satisfazer as necessidades dos filhos/as, proporcionam às mães um carácter apaziguador, não

violento. A autora vislumbra na ética da maternidade um meio para alcançar a paz e conceber políticas menos agressivas. Defende que a experiência, os valores, os saberes devem ser trazidos para a arena da cidadania.

Porém, como Ruth Lister (2002) refere convocando Jones, esta linha de pensamento assenta em regras de cidadania sexualmente segregadas, "em que a diferença se traduz em desigual e em inferior" (Lister, 2002:173; ver também Álvarez, 2001). Do mesmo modo, Anne Philips (cit in Araújo, 2007: 12) considera que "[q]uando se olha para a cidadania do lado da maternagem, constrói-se uma perspectiva de forma errada, na medida em que não se desenvolve uma visão de como as relações políticas condicionam as vidas humanas". É neste sentido que Madeleine Arnot designa esta perspectiva de armadilha do maternalismo'.

Na última década do século XX, Iris Young e Ruth Lister têm desenvolvido um amplo e profundo trabalho de desocultação do sentido universal atribuído à cidadania que invisibiliza a exclusão existente nas próprias bases da cidadania.

Segundo Iris Young, este é o sentido mais frequentemente atribuído à cidadania, decorrente do entendimento de que todos os membros usufruem de igual estatuto, independentemente das desigualdades sócio-económicas e de poder. Enfatiza ainda outras conotações como: a vivência em comunidade, onde se partilha bens e espaços e se assume responsabilidade conjunta que advém dessa utilização partilhada; a aplicação de normas e regras de igual forma a todos os seus membros, ou seja, todos/as são alvo de tratamento igual, sendo a igualdade "concebida como *sameness*" (Araújo, 2007: 97).

Deste modo, a autora salienta os conflitos e tensões existentes entre o entendimento universal da cidadania e a inclusão de todos/as, a "valorização da homogeneidade sobre as diferenças" (ibidem) e o tratamento igualitário. Young traz à discussão, não só a possibilidade de exclusão de grupos que não integram os "padrões universais", como também a propensão para a homogeneização dos cidadãos/as. Outro dos pontos da sua crítica à universalidade relaciona-se com o "mito" (ibidem) da imparcialidade. Dito por outras palavras, os grupos têm culturas, vivências e experiências diferenciadas que condicionam a forma de entender o mundo. Entre os grupos, existem relações de poder desigual que conferem maior capacidade aos grupos dominantes para fazer prevalecer os seus pontos de vista e interesses. Afirmar a imparcialidade, face a estes pressupostos,

é ocultar as relações de poder e reduzir as diferenças existentes a uma categoria universal e homogênea.

Iris Young distancia-se de outras abordagens feministas que reivindicam a defesa de todas as mulheres, entendidas como se fossem um grupo homogêneo em condições semelhantes, remetendo para a sombra as relações de opressão e desigualdade entre elas. Contudo, numa fase inicial, em *Justice and the Politics of Difference* (1990), onde propôs uma cidadania de grupo diferenciada, argumentava que as diferenças de grupo deviam ser reiteradas e deveriam ser criados mecanismos institucionais que assegurassem a representação dos grupos oprimidos na arena política. As questões da representação política levantam problemas teóricos e práticos difíceis de ultrapassar (Dean, 1997). Neste sentido, face à interpelação de outras feministas, nomeadamente Chantal Mouffe (cit in Lister 2002; ver também Butler, 1999), desenvolveu o conceito de serialidade, já trabalhado anteriormente, que abriu a possibilidade de se falar em colectivos, sem correr o risco de cristalização e exclusão.

Ruth Lister (2002) corrobora a opinião de Young no que se refere à universalidade da cidadania. Propõe que se repense a cidadania “como força para uma efectiva inclusão” (Lister, 2002:169) com base na sua regendarização. Segundo a autora, as diferentes abordagens feministas em torno da re-gendarização da cidadania estribam-se em três imagens normativas dos cidadãos/as: cidadão/ã de género neutro, cidadão/ã de género diferenciado e cidadão/ã de género plural.

Cidadão/ã de género neutro é habitualmente associado feminismo liberal, embora não se confine a ele. Nesta lógica, o género “deve ser irrelevante para a atribuição e exercício desses direitos e deveres” (Lister, 2002: 173).

Cidadão/ã de género diferenciado faz apelo à “diferença” e não à igualdade, sob pontos de vista variados, desde os que se apoiam, aos que rejeitam o maternalismo. Algumas feministas, que subscrevem o modelo de género diferenciado, têm vindo a desenvolver uma abordagem da diferença não maternalista, norteadas por uma noção mais ampla de cuidar e de uma ética de cuidar, não circunscrita às mulheres, fundamentada na interdependência humana. Distanciam-se, assim, do modelo de género neutro, preocupado fundamentalmente com a in/dependência. A autora prossegue, referindo a teorização que algumas feministas estão a desenvolver visando a integração do “cuidar na definição de cidadania para que sejam protegidos os direitos a ter

tempo para cuidar e para receber cuidados como parte de uma abordagem mais inclusiva de cidadania” (Knijn; Kremer, cit in Lister, 2002:174). Esta abordagem, distanciada do maternalismo, percepção o cuidar como responsabilidade de homens e de mulheres, com a qual nós concordamos. Cuidar deve ser entendido como necessidade, direito e responsabilidade de todos/as, quer no espaço privado, quer no espaço público. Contudo, Ruth Lister alerta para o risco de marginalização e incorporação das mulheres num grupo homogêneo, decorrente da sobrevalorização do cuidar, por na prática já ser habitualmente da responsabilidade de mulheres.

Cidadão/dã de género plural visa “a organização das formas políticas em torno de redes e de grupos de diferença, não sustentando assim pressupostos de um falso universalismo, mas ao mesmo tempo mobilizando formas de solidariedade na sua construção que confrontem a pulverização e fragmentação do espaço político em grupos sem ligação entre si” (Araújo, 2007: 99).

Na construção de uma cidadania amigável para as mulheres, propõe que se deixe de privilegiar o masculino, sob o falso universalismo, e se incorpore o cuidar na cidadania, numa lógica de articulação entre o modelo de género diferenciado e o de género neutro (que não deve, em seu entender, ser esvaziado), num contexto de género plural que habilite “a substância da igualdade [para] se diferenciar, de acordo com as circunstâncias e capacidades diversas de cidadãos/ãs, homens ou mulheres” (cit in Lister, 2002: 176).

A quebra da divisão entre o público-privado, tal como para Young (2003; 2003a), é central na sua tese. Impõe-se, assim, a adopção de uma política conducente à transformação da divisão genderizada do trabalho e à criação de “condições em que mulheres e homens possam combinar trabalho remunerado com responsabilidade de cuidar” (Lister 2002:176). Então, regenderizar a cidadania significa mudança, tanto na esfera pública como na esfera privada e concomitantemente nas relações de homens e mulheres com a cidadania. Para a construção deste percurso em que se visa a transformação, é relevante reconhecer os “caminhos pelos quais a interacção entre as esferas pública e privada vai esculpindo os contornos da cidadania” (ibidem). É neste sentido que a interpretação das histórias de vida dará conta de como estão a ser construídos estes caminhos, como nos diz Maria José Magalhães (2005), sem ignorar, nem os constrangimentos inerentes à sua participação na cidadania (Lister, 2002), nem a

agência humana e o empoderamento, como forças determinantes na e da transição da condição de mulheres sujeitadas a sujeitos. Neste sentido, urge apresentar a síntese dos pressupostos conceptuais defendidos para esta pesquisa.

3. GÉNERO, CIDADANIA E AGÊNCIA: AS PERSPECTIVAS NA PESQUISA

No desenvolvimento dos pontos anteriores e no sentido clarificar o nosso posicionamento conceptual, procuramos trazer ao conhecimento (alguns) debates e teorizações contemporâneas, frequentemente, conflituais e antagónicas. Assim, neste ponto apresentaremos de forma sistematizada e breve os pressupostos norteadores da pesquisa, quer em relação ao género, quer em relação à cidadania. A agência, empoderamento, poder, constituem pressupostos subjacentes à prática da cidadania, bem como à ampliação do próprio conceito. Por essa razão serão, aqui, realçados.

No que se refere ao género, os debates e teorizações têm-se vindo a complexificar imenso. Da nossa parte, consideramos que género resulta de uma construção sócio-histórica e linguística, a partir da qual é possível compreender a construção do feminino e do masculino, em articulação com outras categorias sociais. Relativamente à distinção sexo/género, admitindo a existência de diferenças biológicas entre homens e mulheres, estas não justificam diferentes ocupações na estrutura social, na medida em que os processos biológicos resultam, em parte, da interacção dos sujeitos com o ecossistema. Nessa medida, em parte, também, resultam da construção social. Mais do que activar binarismos, interessa reter que a posição das pessoas nas estruturas sociais é mediada por corpos sexuais (Louro, 1999), *corpos vividos nas palavras* de Young, (2003) e, neste sentido, constituem-se lugar de poder e de submissão.

A nossa opção conceptual assenta em relações de poder (Scott, 1990) entendidas de forma mais intrincada, é certo, do que por ocasião da emergência do conceito, mas sem se poder induzir a existência de uma relação de equidade entre as diversas construções identitárias e o exercício do poder ao seu alcance (Araújo, 2007). Na esteira destas investigadoras, entende-se que as identidades são genderizadas, plurais, fluidas, mas não nos termos propostos pelas abordagens pós-estruturalistas mais extremas (Weedon, 1989; Francis, 2001).

Mantendo o objectivo comum da integração plena de todos/as na cidadania, a

proposta de Fraser em articulação com a de Young, no sentido da conjugação entre o reconhecimento e redistribuição parece-nos constituir uma abordagem interessante e útil para a compreensão e interpretação das relações de poder, oportunidades e distribuição de recursos que atravessaram, condicionaram e delimitaram os percursos de formação e de participação na cidadania, por parte das nossas narradoras.

Trata-se, de certo modo, de trazer à luz as formas pelas quais as narradoras construíram as suas vidas num contexto de formação, numa profissão de cuidar, e de prática de cidadania androcêntrica e patriarcal. Deste modo, as narradoras são pensadas com base numa noção complexa de sujeito, na sua dupla proposição: sujeitos enquanto actoras e autoras e enquanto sujeitadas, isto é, como agentes e participantes activas na e da sua sujeição (Marshall, 1994). Aqui, o conceito de agência é crucial, sendo que, mais uma vez, nos afastamos das concepções radicais do pós-estruturalismo (cf. Francis, 2001) ⁵⁹.

Importa realçar, antes de mais, que o conceito de agência, tal como o de cidadania, tem génese androcêntrica, sendo habitualmente utilizado em referência ao espaço público, mais concretamente no que se refere à política no estrito sentido e ao trabalho (remunerado, fora do contexto domiciliário). Neste contexto, Maria José Magalhães reitera a necessidade de “construir uma noção de agência que incorpore e corporize confrontos interesses, negociações, tomada de decisão e acção” (Magalhães, 2005: 347). Para a autora, agência e acção são dois conceitos distintos, na medida em que o primeiro pressupõe a “participação no estabelecer da agenda” (ibidem), ou seja, implica também “explicitação de interesses, confronto, negociação, tomada de decisão e acções no mundo privado e das relações de intimidade” (ibidem). Esta distinção é crucial, também, na fuga ao individualismo subjacente ao projecto ideológico e aos discursos (neo)liberais. Agência pode ser definida como “uma intersecção entre a acção humana e a estrutura social, onde a intencionalidade e o poder se inter cruzam com outras dimensões – a reflexividade, o enquadramento paradigmático e a temporalidade” (Magalhães, 2003: 192; ver também Giddens, 2000) ou como “a nossa capacidade de tomar decisões e agir num mundo em ordem a mudá-lo (Francis

⁵⁹ A autora analisa aprofundadamente as implicações do pós-estruturalismo para as intenções emancipatórias, a partir da reflexão em torno da agência em articulação com estrutura, acção e poder.

2001: 68). Um conjunto de questões (Magalhães, 2003) pode legitimamente e, de imediato, assolar as nossas mentes. Será possível falar em cidadania e agência feminina, quando as mulheres foram historicamente construídas como não tendo direito à voz? Como se pode agir em ordem à mudança quando se foi excluída ou, como Pateman (2003) refere, incluída de forma paradoxal?

Como diz Maria José Magalhães (2003), estabelecer a agenda das mulheres é estabelecer a sua margem de poder. Portanto, não se pode falar de agência sem convocar a sua opressão, dominação e ou desigualdades e sem estabelecer as suas margens de poder. Sob a concepção de agência, jogam-se múltiplos significados e acções sociais. Se, por um lado, nos permite escapar ao discurso de vitimização das mulheres, por outro, convoca o conflito entre a estrutura e acção colectiva e individual do ser humano. “Implica também ter e dar voz, assentar na sororidade com outras mulheres, lutar pela transformação social, considerar a actividade do/a sujeito/a, a intervenção, mesmo a do silêncio, quer como concordância quer como dissentimento” (Magalhães, 2003: 196)

Através das palavras da investigadora, realçamos os múltiplos significados dos silêncios, frequentemente conotadas de forma ligeira com passividade, bem como as potencialidades dos métodos biográficos na e para a interpretação desses silêncios, de modo a aproveitar as oportunidades para promover a acção política em ordem à transformação.

Importa, neste processo de ampliação da noção de cidadania para além dos Estados-Nação, que as pessoas desenvolvam ao máximo o seu potencial, para que se “libertem em comunhão” (Freire, 2005: 58). A noção de empoderamento é aqui, crucial. Nas palavras de Iris Young (1997: 91),

empoderamento é o processo pelo qual as pessoas com relativamente pouco poder participam no diálogo umas com as outras e, por isso, conseguem compreender as fontes sociais da sua falta de poder e ver a possibilidade de agir colectivamente para mudar o seu meio ambiente (...).

Trata-se de um processo através do qual cada uma das pessoas desenvolve poder e experimenta algumas mudanças pessoais, numa lógica de reciprocidade e cooperação, de modo a que “juntos possam ser empoderados e comprometer-se efectivamente na efectiva acção colectiva” (ibidem).

Empoderamento entronca num processo de participação de cada um dos elementos dos grupos com menos poder, na análise e definição da acção colectiva em ordem à mudança das circunstâncias das suas vidas. Como Laura

Fonseca refere, é

um processo que provém do «pessoal para o social», envolve a utilização de *poder*, mas não *poder* sobre ou de dominação. Em vez disso, o poder é visto como *poder para*, como «*competência dos desfavorecidos*» (...) (2006: 132)

que advém da participação nos movimentos de mudança social.

Estes são pressupostos que defendemos na concepção de cidadania, na linha de Ruth Lister (2002).

4. EM JEITO DE SÍNTESE

Estivemos concentradas, neste capítulo, na explanação de diversas teorizações em torno do género, cidadania e agência. Importava trazer ao conhecimento a diversidade de pontos de vista e não a unicidade, no sentido de problematizar não só as concepções universais que ocultam as desigualdades sociais e de género, como também os termos e tensões que decorrem das diferentes propostas feministas.

Por último, embora nos pontos anteriores se procurasse deixar transparecer o nosso posicionamento conceptual, no seio de correntes diversificadas, procedeu-se a uma breve sistematização dos pontos de vista defendidos. Na medida que as Histórias de Vida nos dão conta de diferentes processos pelos quais as narradoras procuraram (e vastas vezes conseguiram) transformar uma ordem social, quer no espaço público quer no privado, num meio nem sempre favorável, as concepções de agência, poder e empoderamento, cruciais na interpretação do processo, foram aqui desenvolvidas.

No próximo capítulo, proceder-se-á a análise das políticas de formação em enfermagem desocultando valores e sentidos de cidadania que lhe estão subjacentes.

CAPÍTULO IV. POLÍTICAS DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM, GÉNERO E CIDADANIA: (DES)FIANDO PERCURSOS, RECONSTRUINDO SENTIDOS

INTRODUÇÃO

Pretendemos, neste capítulo, compreender e explicar as continuidades e descontinuidades, os avanços e recuos nas políticas de formação em enfermagem enquanto *trabalho de mulheres* (Araújo, 2000), fazendo emergir os valores, pressupostos e ideologias de género que lhe estiveram subjacentes e que enformaram (e enformam) e delimitaram (e delimitam) os percursos de formação e o exercício da cidadania, através de uma lógica transversal e diacrónica.

A partir da análise de vários estudos que apontam para as interpenetrações e conjugações entre as transformações sociais e a concepção e orientação das políticas educativas promulgadas em espaços/tempos específicos (cf. Stoer, 1986; Araújo, 2000, Cortesão, 2000; Teodoro, 2001a; Teodoro, 2001b), foram-se conformando algumas interpelações inerentes às políticas de formação em enfermagem consubstanciando algumas questões: Que valores, ideologias e sentidos de cidadania das mulheres estão subjacentes às políticas de formação em Enfermagem elaboradas promulgadas nas fases definidas? Qual tem sido o papel do estado na sua produção e reprodução? Em que contextos sócio-políticos se têm operado as mudanças (e continuidades) nas políticas de formação? Qual tem sido a acção das enfermeiras no sentido de forjarem algumas mudanças?

Este olhar, retrospectivo, transversal desperta um misto de curiosidade e de prudência teórico-metodológica inerente à complexidade da análise, interpretação e (re)significação da evolução⁶⁰ dos fenómenos educativos e de formação, na sua generalidade e, muito particularmente, quando as questões de género e cidadania são estruturantes da pesquisa. Neste contexto, torna-se fundamental desocultar as concepções norteadoras desta análise e definir as fases em estudo.

⁶⁰ O conceito “evolução” é, hoje, polémico nas ciências sociais sendo questionado a par de outros como “progresso” e “verdade”. No entanto, mantemos esta noção aqui, porque se trata de uma mudança desde a ausência de políticas de formação até à integração do ensino de enfermagem no sistema de ensino superior e criação da Ordem dos Enfermeiros.

Na esteira de Morrow e Torres (1997), as políticas de formação em enfermagem não são, aqui, percebidas numa base “instrumental ou pragmática” (ibidem: 361), mas antes como espaço que confere possibilidade à acção dos sujeitos na globalidade, com ênfase para os/as enfermeiros/as. É esta acção que, jogada num espaço conflitual, nos permite compreender e explicar as continuidades e rupturas nos processos sociais e de formação, nomeadamente no que se refere às questões de género e à construção de novos sentidos de cidadania.

As políticas não são apenas analisadas numa perspectiva factual nem se remetem à acção exclusiva do estado. Ainda que seja o estado o principal responsável pela elaboração e promulgação das políticas sociais e de educação/formação, goza de autonomia relativa, ou seja, a definição dos seus objectivos e a capacidade para os implementar não são simples e lineares reflexos de interesses dos grupos sociais dominantes, mas são, antes, objecto de negociação e luta entre diversos sectores sociais de poderes desiguais.

Dito de outro modo, embora seja o principal interveniente na elaboração e promulgação das políticas sociais, nas quais se inscrevem as educativas e de formação em enfermagem, não perspectivamos o estado nem neutro (como as teorias pluralistas), nem ao serviço de grupos, classes dominantes ou elites (conforme as correntes marxistas ortodoxas), embora se considere que protege e sanciona um conjunto de relações sociais com vista ao desenvolvimento e expansão do processo de acumulação (Araújo, 2000; Morrow e Torres, 1997)⁶¹. Assim, o estado é tanto uma estrutura de dominação, como uma arena onde os conflitos, tensões, contradições podem propiciar espaço para a acção humana e para a “mudança nas relações sociais, de género e capitalistas” (Araújo, 2000: 37).

Deste modo, tendo por base que as políticas educativas “são antes de tudo textos ideológicos que foram construídos tendo em conta uma história particular e um contexto político” (Teodoro, 1994: 72), a sua análise não pode assim restringir-se aos factos em si mesmos. Implica, antes de mais a sua desconstrução e re/significação, onde o texto é visto, não tanto como um plano de intervenção, mas mais como um produto ideologicamente construído, e como tal sujeito a incongruências, paradoxos e omissões, reflectindo tanto o carácter contraditório

⁶¹ Para aprofundamento sobre teorias estado cf. Afonso, 1998 e Araújo, 2000.

da própria sociedade em que foi produzido (Teodoro, 1994), como a especificidade da formação numa profissão do cuidar em saúde.

Como referimos, a análise incidirá em espaços/tempos concretos, marcados por acontecimentos relevantes no ensino de enfermagem, vistos à luz das mudanças na sociedade portuguesa, com particular enfoque nas questões de género e cidadania. Para a identificação das referidas fases contribuíram estudos e trabalhos que, de algum modo, versam perspectivas sócio-históricas nos domínios da formação e profissionalização da Enfermagem, em Portugal (Nogueira, 1990; Santos, 1993; Soares, 1997; Nunes, 2003; Sousa, 1983; Carneiro, 2003; Amendoeira, 2006) e da educação (Mónica, 1978; Stoer, 1986; Nóvoa, 1986; 1992; Magalhães, 1998; Araújo 2000; Cortesão 2000; Teodoro, 1994; 2001 a; 2001b; Pedro, 2002 entre outros/as). No sentido de percebermos o contexto de mudança das políticas sociais, onde se inscrevem as políticas de educação e de formação em enfermagem, foram igualmente cruciais as pesquisas no âmbito sócio-político quer nacional (Rosas, 1992, 1994; Cruz, 1989; Oliveira, 1989) quer internacional (Dreyfus, et al, 1996; Carol, et al 1997; Roberts, 1997).

Esta abordagem, embora se inscreva numa perspectiva sócio-histórica, parte de períodos muito distintos: o Estado Novo atravessado por momentos de viragem nas políticas de formação em enfermagem; e o Estado Democrático cruzando o universal neutro nas políticas de formação em enfermagem.

No que se refere ao Estado Novo, vamos centrar a nossa atenção, em dois períodos: de 1940 a 1947 e de 1960 a 1969. O primeiro, *Domesticando Percursos de Formação e de Vida*, assim o designamos, caracteriza-se por se inscrever na fase de maior força do regime e pela emergência das que se constituíram como Primeiras Reformas do Ensino de Enfermagem, estribadas em discurso e práticas francamente discriminatórias, numa lógica de reforço das relações de subordinação das mulheres ao poder masculino. O segundo, a que chamamos de *Pequenas Grandes Mudanças em Enfermagem*, através da acentuação da articulação entre as políticas educativas e o desenvolvimento económico e da percepção de ténues sinais de abertura (forçada), adquire contornos de relevância indelével, no dealbar do processo de autonomização profissional e dos sujeitos. Diríamos até que esta fase marca um ponto de viragem nas políticas de formação em enfermagem, realçando-se o início da participação dos/as

profissionais na sua elaboração e promulgação, através da criação e legitimação de estruturas de enfermagem a nível do poder central.

Relativamente ao Estado Democrático, a passagem a um único nível de formação em enfermagem ocorrida no pós-revolução de Abril, a integração tardia do ensino de enfermagem no ensino superior e a criação dos “instrumentos de profissionalização da enfermagem”⁶², concretizadas no período que permeia 1988 e 1998, constituem aspectos estruturantes da análise. O primeiro, inscrito na fase de *Mudanças Trazidas com os Ventos de Abril*, foi crucial para os desenvolvimentos seguintes, dada a heterogeneidade de processos formativos existentes na sequência dos reforços instituídos pelo regime salazarista em meados da década de sessenta. Os segundos conformam a fase de *Difícil Resgate de Espaços e Vozes* e caracterizam-se por estar na génese de um novo ciclo profissional (ensino e exercício). Concretizava-se, finalmente, a oportunidade dos/as enfermeiros/as, por um lado, acederem a diferentes graus de formação, desenvolverem e legitimarem o campo de saberes específicos e, por outro, de assumirem autonomamente a responsabilidade da profissão.

Neste sentido, a abordagem a que nos propomos será efectuada a partir da análise documental referente: aos diplomas legais inerentes às remodelações do ensino de enfermagem de 1942, de 1947, de 1965, de 1967, à cessação da inibição do exercício da enfermagem hospitalar a enfermeiras casadas, à integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional e a Criação da Ordem dos Enfermeiros, em articulação com a produção científica e fenómenos educativos ocorridos, à época, à luz da mudança social, onde se integram as relações de género e o exercício da cidadania. Serão inseridos textos (preferencialmente produzidos na época) e estatísticas que nos permitam compreender e explicitar os reflexos, intencionais ou não, decorrentes da acção política dos sujeitos e do estado.

Deste modo, proceder-se-á a uma reflexão em relação à génese da formação em enfermagem, enquanto profissão do cuidar, de modo a identificarmos e compreendermos as especificidades que a caracterizaram. De seguida, analisaremos as continuidades e mudanças nas políticas de formação ocorridas, respectivamente, no decurso do Estado Novo e do Estado Democrático.

⁶² Expressão da Narradora Maria Aurora Silva.

1. UMA ENTRADA PARA A COMPREENSÃO DAS ESPECIFICIDADES POLÍTICAS DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Bem colocar os problemas de hoje implica um olhar atento sobre o passado, para que possamos desenvolver um projecto colectivo, contribuindo, assim, para a construção de novos sentidos de cidadania onde as diferenças e pluralidades, mais do que respeitadas sejam promovidas, constituindo-se a diversidade um enriquecimento societal, sem contudo perder de vista que nem todas as diferenças são integradoras, como Nancy Fraser refere (1997). Nas palavras de António Nóvoa (1994):

A história da educação não é o passado, o que esmaeceu e desapareceu e não volta, mas sim a continuidade que vem ao agora e até ao amanhã, um passado que se prolonga em presente e em projecto: a história é um modo – o mais pertinente, o mais adequado – de bem pôr os problemas de hoje graças a uma indagação científica do passado (ibidem: 178).

Estabelecer um compromisso sério com a re/construção de novas cidadanias, no sentido não só de assegurar a igualdade de oportunidades de todos/as cidadãos/ãs ao acesso à formação e à participação na tomada de decisão, mas também o sucesso nas mesmas, requer uma reflexão em torno da divisão sexual do trabalho e das exigências de formação que lhe estão, por norma, subjacentes, com relevância para as profissões de cuidar.

Compreender e interpretar a evolução da formação em enfermagem pressupõe, antes de mais, assumir a “estreita relação entre a formação e o cuidado” (Honoré, 2004: 171; cf. tb. Neto, 2006), assente no esbatimento da dicotomia entre a teoria e a prática, como Watson propõe (2002; ver também Alligood e Tomey, 2004), sem que cuidados de enfermagem se confundam com o cuidar como um direito, necessidade e responsabilidade de cada um de nós enquanto cidadãos/ãs (Heesben, 2000). Todos temos direito, deveres, e necessidades de cuidados ao longo do ciclo vital, independentemente de sermos homens ou mulheres. Não é este cuidar que está em jogo, de momento. Chamamos ao centro da discussão o cuidar que decorre de saberes, conhecimentos e competências do grupo profissional de enfermagem. Trata-se de um grupo que partilha um quadro ideológico e conceptual (Ordem dos Enfermeiros, 2001), de um código ético-deontológico e é dotado de um estatuto que resulta de um saber científico e prático, num devir constante (Nóvoa, 1986), aplicado na identificação e resolução

de problemas de enfermagem/saúde (Rodrigues, 1997). Possui, actualmente, estruturas de formação de nível superior e de auto-regulação, a Ordem dos Enfermeiros⁶³, e o seu exercício encontra-se regulamentado⁶⁴, sendo estes aspectos fundamentais de um processo de profissionalização, nos termos que António Nóvoa (1986) defende. O investigador, que analisou a profissionalização docente a partir de duas correntes, o funcionalismo e do interaccionismo-simbólico, considerou o saber e a ética como as duas dimensões do processo em estudo, sendo que a segunda integra quatro etapas: o exercício a tempo inteiro, existência de suporte legal ao exercício (diploma, por exemplo), formação específica e a constituição de associações profissionais (ibidem: 52).

Neste contexto, cuidados de enfermagem resultam da atenção específica de um/a enfermeiro/a para com o indivíduo, as famílias e a comunidade, para que eles próprios possam construir o seu projecto de saúde. Constituem concepções que desafiam “novas dinâmicas de intervenção” (Morais e Cracel, 2003: 43), estribadas no modelo holístico, um modelo bem diferenciado do biomédico e do biopsicossocial (Reis, 1998). Envolve um trabalho intersubjectivo, sustentado na “metodologia de projecto” (Morais e Cracel, 2004: 32), com vista a que os/as cidadãos/ãs “por um lado, sejam capazes de reconhecer e dar significado aos seus contextos de saúde/doença e, por outro, mobilizem todo o seu potencial com vista à concretização do projecto de saúde e de vida” (Morais e Cracel, 2003: 44). Cuidar centra-se na procura da resposta mais conveniente a cada situação. É nesta busca contínua, articulando a preocupação consigo, com o outro, e com os outros e com o mundo, que se transcende a adaptação do que poderia ser aplicado, ou seja, do “acessório dos cuidados enfermagem” (Hesbeen, 2000: 63) (por exemplo, protocolos e técnicas), residindo aí o “profissionalismo centrado no cuidar” (Hesbeen, 2006: 52). Cuidar,

consiste em acompanhar a pessoa, passo a passo, consoante as manifestações, consoante as ocasiões e o sentido a atribuir-lhes, as possibilidades que se ofereçam ou os caminhos que se rejeitem, com vista a procurar com ela aquilo que lhe convém como ajuda para viver e ajudá-la a conseguir ou, pelo menos, a tentá-lo (Hesbeen, 2006: 44).

⁶³ Criada pelo Decreto-Lei n.º 104, de 21 de Abril 1998.

⁶⁴ O Regulamento Exercício Profissional dos Enfermeiros, publicitado Decreto-Lei n.º 161, de 4 de Setembro de 1996, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104, de 21 de Abril 1998.

É, pois, um espaço de “co-criação” (ibidem, ver também Collière 2003; Melleis 1991), sustentado na “autenticidade e na sensibilidade das pessoas intervenientes e, também, no diálogo e na busca criativa de um agir com sentido” (Hesbeen, 2006:44). Cuidar em enfermagem implica o recurso a conhecimentos científicos, mas a sua acção não se pode restringir a eles, como se fossem meros receptáculos da verdade e de toda a verdade universal e perene (ibidem; Waerness, 1987). Mobilizam-se, constroem-se e reconstroem-se saberes e conhecimentos a partir da reflexão para, na e sobre acção. A prática de cuidados, estribada no agir com profissionalismo, não se limita à aplicação e saberes e de técnicas. Procura adaptar e apropriar os conhecimentos à singularidade de cada situação, no sentido da descoberta de respostas mais convenientes, a partir de conhecimentos científicos existentes e dos que vão emergindo (Hesbeen, 2006). “Para o desenvolvimento da profissão é fundamental que os conhecimentos utilizados gerem outros conhecimentos” (Collière, 1989: 260). Nesta ordem de ideias, os cuidados encerram em si próprios um potencial enorme de formação, que as organizações prestadoras de cuidados e de formação devem promover. Responder convenientemente aos problemas/necessidades de saúde (onde se incluem os de enfermagem), implica agência e autonomização, quer dos cidadãos, quer dos profissionais, quer das organizações prestadoras de cuidados. Para tal, é necessário que as instituições garantam as condições fundamentais a práticas seguras. Neste contexto, “cuidar, gerir e formar” (Honoré, 2004: 233) e investigar constituem-se áreas disciplinares indissociáveis de práticas de cuidados de excelência a que todos/as cidadãos/ãs têm direito.

Por tudo isto, a formação em enfermagem não pode ser concebida sob a lógica binária e dicotómica teoria-prática, nem se circunscrever a estritos momentos de formação escolar. Como nos diz Collière (1989), cuidar assenta na constante “necessidade de renovação e de pluralidade dos conhecimentos” (Ibidem: 248) que só a aprendizagem ao longo da vida, centrada nas especificidades dos contextos de trabalho, numa relação dialéctica teoria-prática, pode assegurar.

Embora esta se constitua a concepção que nos norteia, não podemos perder de vista que, durante muito tempo, as enfermeiras viram-se afastadas e “tiveram medo do saber” (Collière, 1989: 259) e do poder, na sequência da “dupla pertença feminina e religiosa da profissão” (ibidem). Não se pode ignorar que o cuidar foi historicamente construído em supostas qualidades femininas inatas e,

por tal, a educação/formação nas profissões do cuidar foram amplamente subvalorizadas (ibidem).

A intervenção e obra de Florence Nightingale desafiaram a reelaboração da concepção dos cuidados de enfermagem, iniciando-se, com ela, o processo de profissionalização, marcado, também por alguns paradoxos que se reflectiram no desenvolvimento da formação, nomeadamente no panorama português.

Nascida em 1820, oriunda da elite britânica, possuidora de algum conhecimento de Enfermagem adquirido com as diaconisas de Kaiserwerth (e com uma reconhecida experiência assistencial junto das pessoas doentes e em sofrimento), foi convidada pelo Ministro da Guerra de Inglaterra para trabalhar nos hospitais que prestavam assistência aos feridos na guerra da Crimeia.

Nesta medida, o governo inglês atraiu as mulheres para os cuidados, numa fase em que não conseguia dar resposta aos problemas de saúde. Facto que poderá ser lido e interpretado numa lógica instrumental. No entanto, representou também uma oportunidade que Florence Nightingale soube aproveitar para entrar na esfera pública e para propor rupturas sérias na forma de pensar a formação e o exercício de enfermagem, para além das supostas qualidades “femininas”.

A partir da observação e registo sistemático das experiências práticas junto dos doentes, ou seja da reflexão para, na e sobre a acção, construiu pressupostos conceptuais e ideológicos norteadores da acção colectiva em Enfermagem: definiu ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem. A sua preocupação transcendeu, assim, a prática pela prática, tendo-se preocupado em construir os pressupostos ideológicos e teórico-metodológicos estruturantes da dimensão praxiológica da profissão.

Se pensarmos que, ainda hoje, estes conceitos (obviamente redefinidos) constituem o quadro conceptual proposto pela Ordem dos Enfermeiros, não temos dúvida que Florence Nightingale foi a grande pioneira em “pensar Enfermagem”. Revelou uma visão profundamente revolucionária para a época, propiciadora de rupturas, quer na concepção da natureza dos cuidados de enfermagem, quer nas exigências e natureza da formação que lhe está subjacente, quer ainda, da representação social das enfermeiras.

Desafiou o pensamento dominante, à época, chamando não só os seres humanos doentes como também os sãos ao centro da atenção em enfermagem (Donahue, 1985; Geovanini; et al, 1995, Nunes 2003). Enfatizou a complementaridade entre

“*cuidar-educar-investigar*” (Geovanini; et al:18), ou seja, realçou a importância da articulação entre a prestação de cuidados, a formação e a investigação a partir das necessidades/problemas das pessoas e dos contextos, promovendo a agência e o empoderamento dos/as profissionais, bem como dos/as beneficiários dos cuidados pela promoção da sua autonomização na gestão dos processos de saúde-doença.

Neste sentido, a política de intervenção preconizada por Florence foi determinante para revalorização e produção de saberes, bem como para a assunção progressiva ao saber-fazer analítico (Lopes, 2001).

Defendeu, assim, um conjunto de pressupostos a partir dos quais se iniciou, de forma explícita, o processo de *dupla demarcação* da enfermagem face, quer à medicina quer a práticas leigas.

Considerou [Florence Nightingale] que o conhecimento e as acções de enfermagem são diferentes das acções e conhecimento médicos, uma vez que o interesse da Enfermagem está centrado no ser humano sadio ou doente e não na doença e na saúde propriamente ditas (Geovanini; et al:18).

A autonomização do conhecimento em enfermagem, que se constituía, à partida, uma dimensão inovadora e de empoderamento da profissão e que, na actualidade, tentamos consolidar, (Collière, 2003; Watson, 2002; Honoré, 2004), foi-se, contudo, adulterando e perdendo à medida que o modelo nightingaleano se expandia (Amendoeira, 2006; Bevis 2005).

A transformação e complexificação técnico-científica dos cuidados e da própria organização e funcionamento das instituições hospitalares implicaram responsabilidade e competências que transcendiam a preparação das religiosas e de pessoal indiferenciado, até então responsáveis por todos os cuidados não médicos (Moreira, 1999).

Conceitos como higiene, assepsia, organização e funcionamento dos serviços tornaram-se centrais nas práticas de cuidados. As intervenções outrora conotadas com o trabalho doméstico, como a higiene dos doentes, das enfermarias e do meio envolvente, adquiriram, assim, um carácter técnico-científico. Esta vertente tem frequentemente constituído a base argumentativa do processo de autonomização profissional, nomeadamente por Noémia Lopes

(...) esta dimensão técnica imprimida ao trabalho de enfermagem, que ao conferir-lhe especificidade, f[ez] surgir a categoria «de cuidados de enfermagem», dando lugar à sua integração na categoria mais vasta de cuidados de saúde (Lopes, 2001: 25).

Florence Nightingale possuía um quadro conceptual rico e amplo que nos remete, no seu limite, para as reminiscências do que, hoje, designamos como competências transversais ou de terceira dimensão.

Em 1860, com o prémio que lhe foi atribuído, fundou a Escola de Enfermagem, no Hospital de Saint Thomas. Inicia-se, aqui, a anexação das escolas aos hospitais, constituindo-se um dos grandes problemas na formação em enfermagem, que se arrasta no tempo. Restringiu-se, por esta via, a “visão do mundo a um sistema fechado, redu[zindo] os comportamentos relacionais a alguns códigos de conduta muito definidos e quase invariáveis” (Collière, 1989: 109), conducente a uma percepção limitada do lugar das enfermeiras na equipa de saúde e nas instituições.

Contudo, a política de ensino, por ela preconizada, reflectiu as suas concepções em torno das práticas de enfermagem. Ao criar uma *escola para enfermeiras*, cuja direcção era da competência de uma enfermeira, e não de um médico, continuou a desafiar as concepções dominantes relacionadas com a necessidade constante, por parte das mulheres, de uma tutela masculina. Interpelou abertamente o exercício da profissão de enfermagem sem formação formal, “ousando” compará-lo ao exercício da medicina, como podemos constatar nas suas palavras.

Dá-se, e muito justamente o nome de charlatão, e talvez impostor, àquele que, sem curso algum, exerce a Medicina. Porque não há-de chamar-se o mesmo às enfermeiras sem instrução? Simplesmente, suponho eu porque poucos são os que imaginam ser possível compreender-se, por instinto, a Medicina e a Cirurgia (Florence Nightingale, in Nogueira, 1990: 128).

Percebe-se a luta cerrada pela autonomia e emancipação das enfermeiras através dos processos de formação. Na mesma linha de pensamento e acção, implementou um plano curricular de curso, cuja duração era de um ano, que incluía para além da dimensão prática, uma dimensão teórica, contribuindo para a ruptura da suposta capacidade inata para o exercício da enfermagem. Desta forma, contribuiu para as rupturas efectuada na, e, para a re/conceptualização da natureza dos cuidados de enfermagem e dos saberes, subjacentes ao processo de profissionalização (Lopes 2001). A sua acção constituiu uma forma de pressão para que a sociedade em geral, e as enfermeiras em particular, progressivamente tomassem consciência que não bastavam as qualidades *naturais das mulheres para cuidar*, como até então se pretendia fazer crer.

Deve-se-lhe pois, em grande medida, a assumpção do início do processo de autonomização e emancipação (relativo) individual e colectivo da enfermagem,

ainda que repleto de contradições e paradoxos emergentes da própria da sociedade, da época.

De facto, não deixa de ser paradoxal defender a diferenciação entre saberes médicos e de enfermagem e serem médicos a leccionar o curso (Giovanini, et al, 1995). Isto volta a acontecer nas escolas de enfermagem Portuguesa, como adiante veremos. Em grande medida, conferia-se aos médicos poder, não só para decidir o que as enfermeiras poderiam fazer, como também o que lhes deveria ser ensinado. É da mesma forma contraditório, defenderem-se cuidados de enfermagem sustentados numa base conceptual sólida, quando na prática foram re/criadas condições simbólicas e materiais inspiradas em valores desiguais inerentes ao trabalho manual e intelectual e consequentemente aos conhecimentos com eles relacionados. Dito de outra forma, apesar das práticas discursivas enfatizarem o *saber-fazer-analítico*, adoptaram-se lógicas norteadoras dos processos formativos promotores da cesura entre a concepção e execução dos cuidados, entre trabalho manual e intelectual.

As escolas nightingaleanas formavam duas categorias distintas de enfermeiras: as *ladies* que procediam das classes sociais mais elevadas e que desempenhavam funções intelectuais, representadas pela administração, supervisão, direcção e controle dos serviços de Enfermagem; e as *nurses* que pertenciam aos níveis sociais mais baixos, e que sob direcção das ladies, desenvolviam o trabalho manual de Enfermagem (...). (Giovanini, et al, 1995: 18).

Giovanini e colegas realçam a precedência da divisão social em relação à divisão sexual do trabalho. No entanto, como Ana Vicente (1998: 43) refere, “as mulheres pertencentes a classes superiores foram sempre mais iguais do que as outras, mas nem por isso pares com os homens”. Existem evidências várias do contributo das instituições educativas (onde se integram as escolas nightingaleanas) para a criação de condições favoráveis à reprodução de relações económicas, sociais e de género de uma sociedade desigual. As funções das instituições educativas não se reduzem, porém, à reprodução passiva de uma ordem externa desigual, pois, desse modo, não haveria espaço para uma acção educativa transformadora (Stoer e Araújo, 1992) e emancipatória, tal como a preconizamos. Não é, pois, a perspectiva de Geovanini e seus colegas que orienta esta investigação. Michael Apple (2001) defende, inclusive, que as análises deterministas e economicistas encerram em si mesmas “elementos de uma reprodução arguta, ao nível ideológico, das perspectivas exigidas para a legitimação da desigualdade” (ibidem: 124). Embora se constitua

difícil, importa, pois, no processo de análise, não perder este facto de vista, sob pena de nos tornarmos agentes de reprodução social, por via, da contradição. Dito de outro modo, os *sistemas educativos e de formação* ajudaram e ajudam a criar e a recriar constantemente as condições necessárias à manutenção dos valores e ideologias capitalistas e patriarcais. Implicam assentimentos, cumplicidades oposições, renitências e conflitos determinantes da, e para a continuidade e mudança das relações sociais, em geral, e de género em particular, abrindo espaço para uma acção educativa transformadora.

Neste sentido, Florence Nightingale e colaboradoras contribuíram para a construção social da profissão no feminino e para a manutenção e reforço da divisão sexual do trabalho (provavelmente por processos mais ou menos inconscientes). Os modelos de formação defendidos foram, de certo modo, eivados de valores, representações, e ideologias inspirados no “moralismo vitoriano” (Knibiehler, 1994: 367) que “desconfia[va], em geral, do sexo” (ibidem). A moralidade, a disciplina, a hierarquia, o internato e o celibato nortearam, pois, os pressupostos de formação. Contribuía-se, assim, para a elaboração e re/elaboração sistemática de condições que legitimaram a “ideia tenaz” (Duaphin, 1994: 488) de que existem profissões no feminino, neste caso a enfermagem, e para a promoção da transição de formas privadas para formas públicas de patriarcado (Walby, 1990). Iam-se desbravando caminhos conducentes à inclusão das enfermeiras na cidadania, mas numa lógica de cidadania parcial.

Na sequência dos desenvolvimentos na área da formação, a questão da certificação assumiu contornos relevantes. Discutia-se, então, a obtenção do diploma e do respectivo reconhecimento e registo oficial. As opiniões dividiram-se (Baly, 1986; Nogueira, 1990) num debate amplo e que se arrastou no tempo. Florence Nightingale via este processo com muitas reservas pelas possibilidades de, por um lado, conferir autonomia ao estado para “formatar os processos” e, por outro, (des)credibilizar a certificação sob responsabilidade de instituições hospitalares privadas (Nogueira, 1990). Revelava, desta forma, consciência da vulnerabilidade dos processos formativos face aos interesses e pressões do estado e/ou das instituições privadas. A Associação Real da Enfermeiras Inglesas, fundada em 1887, defendia a concessão do diploma (ibidem).

Dois anos mais tarde, o Conselho Geral Médico votou a favor da certificação das habilitações e da existência de regras de disciplina comum, deixando perceber

“ventos” de mudança no que se refere à percepção médica sobre o ensino e profissionalização de enfermagem, mantendo, contudo, o poder de decisão. Só em 1919, o Real Colégio de Enfermagem viu atingido o seu grande objectivo, o reconhecimento e registo do diploma, constituindo-se um facto relevante por duas ordens de razão: para além da relevância do acontecimento sob a perspectiva profissional,

(...) tornou-se um documento histórico, já que foi o primeiro privilégio (sic) concedido pelo Parlamento Inglês a uma corporação de mulheres profissionais (Nogueira, 1990:130).

De facto, importa congratularmo-nos e dar visibilidade ao acontecimento, desocultando, também, a “naturalização” da construção sócio-histórica da cidadania masculina que o discurso deixa transparecer e que, ainda hoje, marca o quotidiano da formação e das nossas vidas, ainda que sob formas discretas.

A partir daí, surgiram várias organizações e associações de Enfermagem. Difundiram-se e debateram-se as questões estruturantes da formação não só inicial, como também no âmbito das especializações⁶⁵. Contudo, a expansão do ensino de enfermagem, na sua globalidade, não foi um processo isento de adversidades. A partir da escola fundada por Florence Nightingale outras enfermeiras se envolveram na expansão dos processos formativos, não só em Inglaterra como noutros países da Oceânia, da América e da Europa (Soares e Freitas, 2001). No entanto, um dos principais problemas levantados prende-se com a perda de alguns dos princípios mais elementares advogados pela enfermeira Florence Nightingale, como a autonomia em relação à medicina (Amendoeira, 2006), a construção de saberes a partir da monitorização das práticas e o investimento na saúde comunitária, tornando o processo de profissionalização mais difícil e tortuoso. Deparam-se com a oposição frequente das administrações hospitalares e das divisões no seio das enfermeiras, mas sob o signo do pensamento positivista, das descobertas no campo da ciência e da medicina e das lutas dos movimentos feministas⁶⁶ (Donahue, 1985; Watson,

⁶⁵ As questões inerentes às especializações não serão, neste trabalho, aprofundadas. No entanto, a sua análise à luz dos sistemas de produção e da interrogação do papel dos sistemas educativos na divisão sexual do trabalho e hierarquização profissional, que marcaram a economia do século XIX, faz todo o sentido.

⁶⁶ Sobretudo nos EUA, muitas enfermeiras lideraram as lutas pela defesa dos direitos das mulheres, nomeadamente ao voto, que veio a ser concedido em 1920. Destacou-se Lavinia Lloyd Dock (1858-1956), feminista radical, preocupada com os problemas socio-políticos de então “estava convencida de que o domínio dos homens no campo da Saúde era o principal problema que a enfermagem enfrentava” (Donahue, 1985: 356).

2005) foram-se criando algumas condições favoráveis ao desenvolvimento e implementação dos sistemas de formação em Enfermagem⁶⁷.

Nos países católicos, a divulgação e difusão das escolas nightingaleanas foi bastante mais lenta do que em outros países, nomeadamente, protestantes (Nogueira, 1990). Nos primeiros, a assistência hospitalar estava, quase na generalidade, entregue à responsabilidade de instituições religiosas que, de modo geral, não reconheciam a necessidade de formação. De acordo com o autor, opunham-se à formação, quer as instituições religiosas, quer a comunidade, provavelmente, sob influência dessas mesmas instituições.⁶⁸

Em Portugal, apesar de ter sido “lento o seu poder de penetração” (Porto, 1954: 26), a situação do ensino foi debatida e reflectida por algumas enfermeiras, como por exemplo, Palmira Tito de Morais⁶⁹ (1946). Esta enfermeira-chefe do Centro de Saúde de Lisboa e Professora da Escola Técnica de Enfermeiras, em 1944, através de um artigo *Enfermagem Científica*, propunha amplas rupturas com as concepções dominantes em torno da profissão e do ensino.

Analisemos, pois, as continuidades e rupturas nos pressupostos ideológicos sobre a formação em enfermagem, em Portugal, sob o enfoque de género que emanam dos documentos produzidos nos períodos em que se vivia sob um regime político que emergiu na continuidade da Ditadura Militar de 28 de Maio de 1926.

2. O ESTADO NOVO E AS POLÍTICAS DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: DA EMERGÊNCIA AOS PONTOS DE VIRAGEM

O desenvolvimento da formação em enfermagem, em Portugal, revestiu-se de particularidades muito próprias, assumindo contornos que a distinguem dos países centrais, apesar de existirem algumas similitudes. Emerge muito

⁶⁷ Segundo Nogueira, (1990), entre 1914 e 1918, havia, já, mais de 1000 escolas nos EUA.

⁶⁸ Papa Pio X emitiu a este respeito uma circular aconselhando as religiosas a investir na sua formação.

⁶⁹ Diplomada em Enfermagem pela Universidade de Wistern Reserve (E.U.A.N), foi membro do MUD. Em, 1950, foi impedida pelo regime de exercer quaisquer funções em organismos estatais. Em 1951 licenciou-se em Ciências Históricas e Filosóficas. Convidada pela OMS, integrou o seu quadro permanente como consultora, até 1972. Exerceu funções “no campo da pedagogia de enfermagem, administração de institutos de ensino superior e universitário de enfermagem e formação de investigadores e professores” (Calado; Brito, 2002: 29), entre outras. Publicou vários artigos e obras e foi galardoada pelo Presidente da República com os graus de Grande Oficial da Ordem do Infante D. Henrique e de Comendador(a) da Ordem da Liberdade, em 1980 e 1987 respectivamente (ibidem)

tardiamente, comparativamente com a Inglaterra⁷⁰. Surge um curso, em 1901, na Escola Profissional de Enfermeiros e, após “duas tentativas efémeras” (Soares, 1997: 31), seguiram-se outras iniciativas (Soares, 1997; Nunes, 2003; Luz, 2005) durante o “rito iniciático” (Nunes, 2003: 17) e o “[d]ealbar da “[o]rganização” (Ibidem: 47), isto é, entre os períodos de 1881-1918 e 1918-1930, respectivamente.

No que se refere às escolas de enfermagem oficiais, de um modo geral, a sua criação decorreu por iniciativa de “administrações de hospitais” (Soares, 1997:25), à margem dos/as enfermeiros/as⁷¹, em função dos interesses, perspectivas, pressupostos e concepções de, enfermagem dominantes (Morais, 1946), à época, nas instituições. Não gozavam de qualquer autonomia, funcionando como um serviço do hospital, onde os/as alunos/as eram utilizados como mão-de-obra barata (Morais, 1946; Nunes, 2003). A formação adquirida era reconhecida, quase só, no âmbito restrito das instituições que a ministravam, tornando os/as profissionais dela dependentes.

No que se refere à explicitação do critério de admissão “sexo”, Lucília Escobar Araújo (2004), a partir da análise da legislação, identificou três grandes momentos de políticas diferenciadas. Na fase em que foram criadas as primeiras escolas, os diplomas legais não continham qualquer referência explícita. Na segunda fase, durante a vigência do regime salazarista, entre os anos quarenta e meados de setenta, os dispostos normativos expressavam abertamente desigualdades de género, nomeadamente no que se referia à preferência feminina. Na terceira fase, concretizada no pós Revolução de Abril, a legislação deixa de fazer qualquer alusão a essa preferência.

De facto, a intervenção do estado sobre o ensino de enfermagem teve lugar na década de quarenta, século XX (Soares, 1997), em pleno Estado Novo, dando-se início a uma fase de preferência feminina na enfermagem, à semelhança do que ocorria em outros países, incluindo alguns de inspiração fascista⁷², não se circunscrevendo, contudo, a estes. Para além da divisão sexual do trabalho, já por si discriminatória, o estado introduzia, agora, articulados legais no sentido de

⁷⁰ Referimo-nos à criação do curso de enfermagem. Não é nossa intenção entrar em debate sobre a emergência da enfermagem laica e religiosa, o que nos conduziria a outros marcos históricos.

⁷¹ À excepção da Escola Técnica de Enfermeiras.

⁷² Importa realçar que, teoricamente, o Estado Novo não se integra nos fascismos europeus (Rosas, 1994; Teodoro, 2001), embora a sua acção assente em muitos dos seus pressupostos ideológicos e doutrinários.

controlar os corpos, a sexualidade e a vida privada das enfermeiras. Atraía as enfermeiras para a esfera pública sob um estatuto de menoridade sócio-intelectual, incluindo-as na cidadania como subordinadas, nos termos enunciados por Pateman (2003).

Importa relembrar que o estado, interveniente principal na elaboração e promulgação de políticas, nomeadamente de formação em enfermagem, tinha Salazar como o "epicentro" (Teodoro 2001a: 176) de um sistema político e ideológico, que foi capaz de, a partir da implementação da ditadura com "um programa mínimo com apoio máximo" (Rosas, 1994: 152), engendrar, criar e (re)criar condições fundamentais ao equilíbrio geral do sistema. Através de compromissos de unidade, conseguiu não só a manutenção do poder, mas sobretudo a implementação de um regime "autoritário, estável e duradouro" (Teodoro 2001a: 176).

Para o efeito, procurou estruturar e arbitrar equilíbrios e re/equilíbrios através de estratégias variadas, entre as quais se configuram o afastamento de individualidades e a procura de apoio de outras, em estreita relação com os seus interesses e objectivos. Não hesitou em arredar inúmeras personalidades da vida pública e política e estabelecer alianças com instituições nacionais e internacionais. Foi esta arte de construir e re/construir equilíbrios, ou seja, de "*saber durar*" (Rosas, 1989: 23) que contribuiu para assegurar a permanência do Governo por um longo e sofrido período superior a quarenta anos.

O exército e a igreja católica constituíram-se nos seus grandes pilares de apoio. A igreja contribuiu não só para a promoção de Salazar e do Estado Novo, como também para a sua manutenção e consolidação no poder. As relações estabelecidas entre eles transcenderam em muito o âmbito institucional. Antes de integrar o Governo, Salazar foi seminarista e dirigente do Centro Católico onde se revelou um dos "mais proeminentes doutrinadores" (Cruz, 1992: 201). No exercício das suas funções políticas, para além de se inspirar ideologicamente na igreja, foi buscar os seus principais colaboradores ao movimento católico. Estabeleceu com a igreja uma relação de tal ordem intensa (ainda que, em alguns momentos tenha sido tensa), a ponto de Manuel Braga da Cruz, convocando Manuel Lucena, afirmar que "o salazarismo é inconcebível sem o apoio da Igreja" (1992: 201).

Pela convergência de interesses, o regime encontrou na Igreja uma forte aliada na 'modelação das almas'. Se o estado defendia princípios de subordinação natural e os valores da disciplina, hierarquia e obediência, a Igreja pregava a abnegação, o sofrimento, o perdão, a ordem, a humildade, a resignação na pobreza e nos infortúnios numa, quase absoluta, complementaridade interinstitucional. Para além da dupla ascendência da enfermagem, em relação à religião e à medicina (Collière), vinha agora o estado explicitamente reforçar valores e ideologias que conduziram não só à subordinação das enfermeiras, como aos modos como foi por elas entendida.

Em Portugal, tal como em outros países católicos, a igreja contribuiu não só no sentido da produção e (re)produção de uma ordem social e de género dominante, e, por tal, para a perpetuação de uma cidadania discriminatória (em função do género, da classe social e outras), como também para a desvirtuação, desvalorização e retrocesso dos cuidados ao corpo admitidos, quase tão-somente, enquanto suporte da 'alma' (Collière, 1989).

Para além de influenciar fortemente a concepção da 'natureza dos cuidados' realizados por mulheres e por inerência dos 'cuidados de enfermagem', contribuiu também para o controle exercido sobre os corpos e a sexualidade das mulheres, em geral, e das enfermeiras em particular, condicionando, deste modo, a forma como elas próprias os perceberam e os vivenciaram. Estado e Igreja, numa estratégia estribada nas sinergias criadas, contribuíram para a construção ideológica e social de um arquétipo de mulher subordinada ao poder masculino nos seus múltiplos contextos de vida e de educação.

Embora o regime tivesse adoptado uma política educativa de "nivelar por baixo"⁷³ (Teodoro, 2001: 183), na sua generalidade, ainda, penalizou mais as mulheres. As imagens das mulheres veiculadas nos livros de leitura (Bívar, 1971) do, então, ensino primário⁷⁴, as diferenciações, entre homens e mulheres, no que se refere

⁷³ O que por si só, analisado à luz da situação semiperiférica de Portugal (Santos, 1990), se revela de enorme gravidade (Nóvoa, 1992; Teodoro, 2001a).

⁷⁴ O "prestígio do pai assenta sobre a sua autoridade expressamente afirmada como inabalável, sobre a sua função de angariador dos meios de subsistência" (ibidem: 31). A mãe, em oposição, surge no mundo do trabalho "exclusivamente doméstico" (ibidem: 36) com funções de "mãe-servidora da ordem e segurança" (ibidem: 39), e como modelo para as filhas "que ora a substituem nas funções que lhe verificamos como específicas e exclusivas, ora procuram ajeitar-se-lhe à imagem num dos raros textos que apresentam escolhas vocacionais infantis femininas" (ibidem: 43-44) e que se resumem a ser professora ou missionária.

ao alargamento da escolaridade obrigatória⁷⁵, à retoma das preocupações ‘feminizantes’, no âmbito do ensino liceal (Rocha, 1991), as especificidades inerentes à formação de professores de Liceu⁷⁶ (Teodoro, 2001; Cortesão 2000) constituem, apenas, alguns dos exemplos, ilustrativos. Todo o sistema educativo foi investido do processo de ideologização, onnipresente nos programas, nos textos e manuais, nas actividades desenvolvidas dentro e fora da escola, assente no nacionalismo, na religião, na moralização, no culto ao “chefe”, na obediência aos superiores, na imobilidade social e na diferenciação dos papéis sexuais.

O regime ignorou, assim, as pluralidades e a cidadania diferenciada nos termos propostos por Ruth Lister (2002), esforçando-se antes por veicular o princípio da “diferença sem igualdade em vez da igualdade na diferença” (Pimentel, 2000: 400).

Portugal, durante a vigência do Estado Novo, foi evoluindo, mas de forma muito lenta (Mónica, 1996) e por influência mais de factores externos do que internos (Rosas, 1994). As transformações sociais e políticas decorreram a um ritmo moroso, condicionado, primordialmente, pela conjugação entre as pressões externas e a capacidade do regime em repor, quase sistematicamente, os equilíbrios comprometidos ou fragilizados (Rosas, 1994).

Para Fernando Rosas (1992), a evolução deu-se um pouco à margem da vontade dos cidadãos/ãs portugueses/as, explicada pelo facto de Portugal ser nos anos trinta “um mundo de coisas pequenas” (Rosas, 1994:15), pobre, eminentemente rural, económica e politicamente apoiado e influenciado pelos grupos dominantes, com uma cultura económica pouco desafiadora. Os reflexos fizeram-se sentir de forma duradoira, quer na mentalidade dos grupos dominantes quer na economia do país. Acresce, ainda, a predominância de um “vasto pântano das classes intermédias” (ibidem: 117) que, de um modo geral, e no meio rural, em particular, se revelou por natureza resistente à mudança e se constituiu na “almofada” que amorteceu a conflitualidade social e a radicalidade política.

A crise e incapacidade dos movimentos organizados, quer operários, quer republicanos, para estabelecerem uma plataforma concertada de acções contra a ditadura, bem como a posse do ‘império colonial’, proporcionador de mercado

⁷⁵ Passou de três para quatro anos, primeiro para os rapazes, em 1956, e só depois, para as raparigas, em 1960.

⁷⁶ O número de candidatos aprovados ao exame de admissão ao estágio era de quatro homens para duas mulheres (Cortesão, 2000).

para colocação de bens e capitais e abastecimento de matérias-primas, e ainda, a prevalência de uma economia centrada basicamente no sector tradicional agrícola contribuíram, em grande medida, para atenuar os efeitos das crises e bloqueios internacionais e resistir às mudanças, sobretudo até à década de cinquenta.

A implementação da II República e a Guerra Civil, em Espanha, a Segunda Guerra Mundial, a guerra-fria e os desenvolvimentos no sentido da construção da União Europeia (Oliveira, 1992) constituíam-se factores externos sucessivos indutores de mudança. Porém, o regime procurava por todas as formas contê-la, recorrendo a vários mecanismos, desde a repressão à censura (Rosas, 1994; Teodoro, 2001a).

Confrontado com a incapacidade de lhe fazer face, recorreu a todos os meios possíveis para torná-las invisíveis aos olhos dos/as cidadãos/ãs, procurando manter a imagem de imobilidade e imutabilidade social e política. Como sempre, a atitude inicial do Estado Novo, perante uma nova e renovada realidade externa, pautou-se por uma hesitação entre os “tiques genéticos” (Rosas, 1994: 473) e os interesses de representação minoritária na sociedade portuguesa. Remetem-nos os primeiros, basicamente, mas não exclusivamente, para a autarcia e nacionalismo, e os segundos, para uma maior ligação ao exterior e ao mercado e economias internacionais. Neste sentido, os meados dos anos sessenta foram marcados por “uma viragem (...) ao optar-se pela ligação privilegiada ao exterior e ao princípio da complementaridade das economias, abandonando-se a lógica autárcica das precedentes três décadas” (Rosas, 1994: 473).

Dito de outro modo, de 1932 a 1939, a Espanha constituía a “problemática central da política externa” (ibidem: 74); de 1939 a 1945, a ‘falsa’ neutralidade no contexto da II Guerra Mundial perpassava o epicentro político; de 1945 a 1949, “as hesitações e incertezas” (ibidem) de Salazar num mundo transformado atingiam o auge; de 1949-1955 a guerra-fria; de 1955-1961 a questão colonial e os Aliados; de 1961-1968 era a guerra colonial o “factor subordinante e exclusivo da política externa”, dando origem à “morte lenta” do regime (Oliveira, 1989).

De facto, na década de sessenta, estruturalmente, a sociedade Portuguesa não era mais a mesma. A emigração (através das remessas e ou das novas vivências dos portugueses) e o comércio externo, agora substancialmente alargado aos países europeus, o êxodo rural e os seus destinos alternativos, assim como os *mass média* davam origem a “outro tipo de mudanças decisivas: a adopção de

novos padrões de comportamento e de consumo, de novos hábitos, de novas mentalidades (...)” (Rosas, 1994: 498), expressas no quotidiano dos portugueses e nos mais diversos contextos políticos, sócio-culturais económicos, nomeadamente de educação/formação, em geral, e de enfermagem, em particular.

A educação começa a ser percebida, não só como uma via favorável à mobilidade social da classe operária e pequena burguesia, como também se constituiu numa forma de “entrar no sistema político” (Stoer, 1986: 55). Deste modo, o “fenómeno da «explosão escolar» começa a manifestar-se com nitidez, iniciando uma das mais importantes transformações históricas da sociedade portuguesa” (Nóvoa 1992: 483), nomeadamente no que se refere à educação e vida das mulheres. Laura Fonseca (2006) denomina a década de sessenta de “[p]ressão e procura escolar pelas raparigas após chegada tardia e “«amnésia» educacional” (ibidem: 43). De acordo com a autora, embora a década de sessenta mantenha muitos traços do período anterior, caracteriza-se por uma procura acrescida por parte de sectores mais amplos das classes médias e proprietárias. No que se refere à educação das raparigas, considera que os anos sessenta marcaram uma viragem, caracterizada pela expansão do acesso secundário, tanto público como privado, com ênfase acrescida no período pós 25 de Abril.

As viragens nas políticas de formação em enfermagem são perspectivadas à luz dos reflexos do projecto ideológico do Estado Novo, orientado para edificação de uma sociedade ‘imutável’ e socialmente ‘desigual’, nos sistemas educativos e das mudanças sócio-políticas, entretanto, ocorridas. Analisemos, então, as especificidades das políticas de formação em enfermagem, sob as perspectivas anteriormente enunciadas, no período de 1940-1947, para de seguida percebermos o sentido de evolução, no período de 1965-1967.

2.1. Anos 40: domesticando percursos de formação e de vida

As primeiras políticas de formação em enfermagem emergem num período que coincide com a “construção nacionalista da educação” (Nóvoa, 1992: 458) 1936-1947 (cf. também Araújo, 2000; Stoer, 1986), em que se reforçou o cariz doutrinal e ideológico da educação e se tornaram suspeitas as influências externas. A função principal do sistema educativo residia na manutenção e reprodução da ordem social, ou melhor, “ensinar a cada um[a] o seu lugar na sociedade” (Stoer,

1986: 59). Foram efectuados vários investimentos no sentido de apagar os princípios republicanos que enformaram a educação. Neste contexto, de inexistência de uma política de formação em enfermagem de nível nacional, até ao Estado Novo, importa, desde logo, ter bem presente a complexidade e “profundidade subterrânea dos fenómenos educativos” (Nóvoa, 1992: 475) na sua generalidade e no que se refere a uma profissão do cuidar, em particular. Tanto mais que os/as enfermeiros/as foram mantidos à margem de todo o processo, contrariamente ao ocorrido em Inglaterra com Florence Nightingale.

Consideramos que o estado, neste período, criou condições orientadas no sentido de domesticar percursos de formação e de vida, de acordo com o seu projecto ideológico, estribado numa sociedade imutável e desigual. Neste contexto, a sua acção versou, quanto a nós, duas grandes áreas: regulação e controlo do ensino de enfermagem e da vida privada das enfermeiras e a expansão hierarquizada e genderizada do ensino de enfermagem.

A primeira concretizou-se através de diplomas legais que progressivamente acentuam o teor regulatório e discriminatório quer sobre o ensino quer sobre a vida privada e os corpos sexuais das enfermeiras. A segunda consumou-se pela estratégia da preferência feminina onde se esperava que desempenhassem funções de “auxiliares da medicina”⁷⁷, entenda-se, auxiliares do médico, pela diferenciação da formação em termos de género e, de certo modo, pela classe social e pela formação mitigada, com ênfase para a área da prestação directa de cuidados.

2.1.1. Acção reguladora

O Estado Novo que, depois das dúvidas e incertezas decorrentes do fim da II Guerra Mundial, com a queda das ditaduras ocidentais, se encontrava, no fim do período em análise, reforçado (Rosas, 1994), acentuou o controlo e regulação, nomeadamente no que se refere à formação em enfermagem. Uma regulação que incidiu sobre o ensino e sobre a vida privada, assegurando e reforçando os mecanismos de opressão e subordinação sobre as mulheres, neste caso enfermeiras, no espaço doméstico e no espaço de trabalho. Analisemos, então, primeiro, a implementação de medidas de controlo do ensino de enfermagem, de seguida, todo esse esquema que se iniciou com alguns esboços, mas

⁷⁷ Preâmbulo do Decreto 32:612, de 31 de Dezembro de 1942.

rapidamente adquiriu contornos rígidos e duradouros de controlo sobre os corpos e a sexualidade das enfermeiras.

- **Legitimação e controlo do ensino de enfermagem**

A população portuguesa atravessava, nesta fase, graves problemas de saúde, colocando o país na cauda da Europa (Rosas, 1994). Não estava, porém, no plano de intenções do Estado Novo assumir responsabilidade de um sistema de saúde, nem mesmo em situações fundamentais à “recuperação da saúde dos seus cidadãos atacados pela doença” (Ferreira, 1990: 341). No entanto, previa-se⁷⁸ já a necessidade de ampliar e remodelar os serviços de assistência. Entre a década 1940 e 1950, foram promulgados diversos diplomas legais, inerentes à estruturação e organização da assistência social (Ferreira, 1990; Soares, 1997; Amendoeira, 1996). Havia também algumas chamadas de atenção do governo, por parte da Câmara Corporativa, através de pareceres emitidos em projectos de Lei e Decretos, “para o recrutamento e preparação da enfermagem, como uma das mais graves deficiências da organização hospitalar do país” (Amendoeira, 2006: 92). Apontavam como causas a baixa remuneração e “o ensino técnico mal orientado, dirigido por médicos, quando o devia ser por enfermeiras, porque as duas profissões são diferentes, que torna insuficiente e «ilusória» a instrução profissional e técnica” (Soares 1997: 44-5). Desta forma, convocavam-se os princípios defendidos por Florence Nightingale, uma situação que gera fortes debates, nomeadamente entre médicos responsáveis pela formação em enfermagem, que se retomará adiante.

Foi neste contexto, que se promulgou a primeira reforma do ensino de enfermagem⁷⁹. Reafirmava-se, aí, a orientação da assistência médico-social em “moldes corporativos não-estatistas⁸⁰”, assegurada pela “generosidade de particulares” (ibidem), com a mera «cooperação orientadora e fomentadora», (ibidem) do estado que entendia poder ser melhorada, através da “preparação” (ibidem) mais cuidada do pessoal, nomeadamente de enfermagem.

A formação em enfermagem, reconhecia o decreto, era profundamente restrita e limitada. Perpassavam-na um conjunto de problemas graves. A aprendizagem era

⁷⁸ O Decreto 32:612, de 31 de Dezembro de 1942, remete para Decreto nº 31:666, de 12 de Novembro de 1941, complementado pelo Decreto nº 31: 913 de 12 de Novembro de 1942.

⁷⁹ Decreto nº 32:612, de 31 de Dezembro de 1942.

⁸⁰ Preâmbulo do Decreto nº 32:612, de 31 de Dezembro de 1942.

confiada ao simples tirocínio prático ou à improvisação das boas vontades por pessoas que, por generosa dedicação ou necessidade profissional, se entregavam a esse nobre *mester*. Por outro lado, as próprias escolas existentes, particulares ou oficializadas, trabalhavam longe de uma acção educativa e exemplificadora eficiente, que “só poderia advir-lhes de um pessoal de escol incumbido de formar os seus pares, mas este, ou não exist[ia], ou não se encontra[va] seleccionado e posto ao serviço do ensino” (ibidem).

Seria, pois, legítimo esperar um papel activo do estado, ou, pelo menos, a enunciação de medidas políticas determinantes da, e para rupturas estruturais profundas, não só relativamente às práticas de cuidados, como também ao processo de autonomização do ensino e da profissão de Enfermagem, tanto mais que dispunha de uma escola integrada no Ministério da Educação, Escola Técnica de Enfermeiras (ETE) que gozava de um estatuto e condições privilegiadas, como adiante veremos. Mas assim não aconteceu.

Apesar do quadro descrito, o estado, nos termos do artigo 44.º da Constituição, assumia, através do decreto em análise, a não pretensão do exclusivo da formação. Reservava para si o direito de “fiscalizar” a categoria do pessoal docente, o valor dos programas e os resultados obtidos, referindo-se sempre primeiro à “idoneidade moral dos candidatos” e em segundo plano à “proficiência técnica”, em conformidade com o seu projecto ideológico e com o papel reservado aos sistemas educativos (Stoer, 1986; Cortesão, 2000; ver também Mónica, 1978; Pedro, 2002).

Para Marinha Carneiro (2003: 467), esta diade “idoneidade moral e proficiência técnica” constituiu-se a chave da reforma de 1942. No entanto, discorda-se dessa perspectiva na medida em que a primeira dimensão se relacionava com uma “falsa moral”. No que se refere à segunda, pelo sexismo, pelo teor minimalista das medidas concretas propostas, pelo papel reducionista do estado nos sistemas educativos (Mónica, 1978; Nóvoa, 1992; Teodoro, 2001a) na sua generalidade e, mais concretamente, pela forma como ensino técnico veio a ser encarado (Grácio; 1986; Nóvoa, 1992) e pelo carácter e natureza restritas e genderizadas das medidas adoptadas no âmbito da formação de professores/as (Araújo, 2000; Cortesão, 2000; Nóvoa, 1992), fazemos uma leitura substancialmente mais céptica. Parece-nos que a preocupação do estado se orientava no sentido de assegurar “para o futuro as bases de uma mais cuidada selecção e preparação do

peçoal auxiliar”⁸¹, preparação que entendemos, neste período, com um forte enfoque na inculcação ideológica e nos padrões morais vigentes. Admitimos sim, que se constituiu numa oportunidade, não intencional, por parte do Estado Novo, de rumar em direcção à profissionalidade que os/as enfermeiros/as, ainda durante a sua vigência, souberam aproveitar sob diferentes formas.

Este decreto constituiu-se no primeiro instrumento de uniformização e controlo do ensino de enfermagem, aplicado às escolas do Ministério do Interior (a ETE não é abrangida por este diploma), onde se definiam normas de funcionamento e duração dos cursos (geral e especialização), constituição de júris de exame e condições de admissão. A normalização constituía uma das grandes preocupações políticas.

Para a adequação das escolas oficiais ao diploma legal era, então, criada uma comissão constituída pelo director geral da saúde, pelo enfermeiro-mor⁸² dos Hospitais Cíveis e pelo então director da Escola de Enfermagem Artur Ravara. Paradoxalmente, não foi designado/a nenhum enfermeiro/a para integrar a referida comissão, apesar das proclamadas vantagens da assumpção da formação pelos pares.

Neste documento legal, previa-se, ainda, a proibição do exercício da profissão a quem não estivesse munido de diploma, a partir de 1 de Janeiro de 1944. Porém, de acordo com Lucília Nunes (2003), na década de cinquenta, ainda persistia o exercício profissional, sem qualquer certificação.

Prosseguindo a análise do documento, constata-se que se isentavam da medida enunciada os/as funcionários/as das instituições com mais de cinco anos de prática. Os elementos que possuíam mais de dois anos e menos de cinco ficavam sujeitos a uma prova de aptidão, que se resumia a uma declaração emitida pelos dirigentes da instituição onde prestavam serviço ou pelo delegado de saúde. Sendo esta uma questão de legitimação dos processos formativos, e, como tal incluída neste ponto, não deixa também de se constituir numa clara desvalorização da formação, tendo por base a discrição que se fazia dos contextos das práticas. Jogavam-se, assim, mensagens contraditórias em relação à relevância da formação para a prática de enfermagem.

⁸¹ Preâmbulo do Decreto nº 32:612, de 31 de Dezembro de 1942.

⁸² Importa referir que se trata de um médico.

Em 1947⁸³, reforçava-se a centralização da tomada de decisão e o controlo do ensino, por meio da acção da Assistência Social, que (supostamente) analisava regulamentos e programas. Com este decreto, passava o estado a regular o ensino privado estabelecendo normas e regras de funcionamento, reconhecimento dos diplomas, nomeadamente no que se refere à obrigatoriedade das/os alunas/os prestarem provas em escolas oficiais, o que as/os habilitava ao exercício profissional em igualdade de circunstâncias com os elementos formados por essas escolas. Trata-se da onipresença do estado nos sistemas educativos (e não só) de modo a exercer um controlo absoluto (Nóvoa, 1992), ainda que a sua acção se restringisse, quase, a esse mesmo controlo.

O controlo imposto implicava, agora, também a existência para cada aluno/a de “uma ficha cadastro, onde serão exarados, além dos seus elementos biográficos, o aproveitamento escolar, as faltas, as sanções hospitalares e, de um modo geral, as informações relativas ao seu comportamento e aptidão profissional”⁸⁴. O comportamento constituía uma dimensão de controlo e de avaliação, que se prolonga, para além da década de sessenta, como teremos oportunidade de perceber, mais tarde, pela voz insubmissa da enfermeira Sintra. O estado impôs medidas concretas de controlo sobre a vida das enfermeiras, dos seus corpos, da vivência da sua sexualidade. Neste sentido, o corpo foi e é um lugar de poder, mas também de opressão, de disciplinação (Foucault, 2002) e de domesticação “de acordo com a posição social que se espera que vá ocupar” (Magalhães, 2007: 237). Procuraremos, de seguida, lançar um olhar atento e perscrutador, no sentido de trazer à luz o lugar que o Estado Novo atribuiu à formação em enfermagem enquanto profissão de cuidar.

• Controlo das vidas privadas das enfermeiras

Os diplomas legais espelham a teia urdida em torno do lugar atribuído às mulheres no projecto ideológico do Estado Novo. Inspirados na Constituição de 1933, onde apesar de se negar qualquer privilégio de nascimento, nobreza, título nobiliárquico, sexo ou condição social, se reservava às mulheres a diferença no que diz respeito à sua “natureza e do bem da família” (Pimental, 2000: 29), assegurando-se as condições de subordinação das mulheres na esfera privada e

⁸³ Decreto nº 36:219, de 10 Abril.

⁸⁴ Artigo 25 °, do Decreto nº 36:219, de 10 Abril de 1947.

na esfera pública. Articulavam-se, assim, um factor de ordem biológica, 'a natureza', com outro de carácter ideológico, 'o bem da família' para que cada um/a soubesse qual era o seu lugar na sociedade. Os 'direitos' das mulheres eram, pois, condicionados e enformados tanto pelo 'bem da família' como pela dita "natureza" feminina (Neves e Calado, 2002) e as desigualdades consideradas (pelo regime) como inevitáveis e abençoadas por Deus.

Discursivamente, enaltecia-se o papel da mulher. Constituía o 'esteio da família' e a sua função não era inferior à do homem, dizia-se. Mas, como nos diz Irene Pimentel, em *História das Organizações Femininas no Estado Novo*,

(...) a igualdade de valores atribuída aos papéis específicos e diferentes da mulher e do homem era apenas aparente, pois, na realidade, a posição hierárquica da primeira, ao ter de obedecer ao pai ou ao esposo no seio da família, era inferior à do segundo (Pimentel, 2000: 28).

O regime distinguia as mulheres casadas das mulheres solteiras. As solteiras podiam trabalhar fora do lar, em serviços adequados à sua "natureza" e, assim, de um modo geral, sob ordens masculinas. Abria-se a possibilidade de integrarem o espaço público, sob uma relação dominação/subordinação/exploração, numa lógica de transição do patriarcado privado para o patriarcado público (Walby, 1990).

Foi neste contexto patriarcal que a reforma de 1942 proibiu o exercício profissional em contexto hospitalar às enfermeiras casadas e, em 1947, se recomendava, sempre que possível, que os cursos de enfermagem funcionassem em regime de internamento⁸⁵.

A questão do casamento das enfermeiras arrastava-se, como anteriormente referimos, desde Florence Nighthingale e prolongou-se com a expansão do seu modelo de formação (não se constituindo a única razão) a vários países Europeus e da América. Segundo Knibiehler (1984), também Anna Hamilton considerava que o celibato era uma condição *sine qua non* ao exercício da profissão. Na realidade, a incompatibilidade entre o trabalho e o casamento marcou de forma especial a vida das mulheres, a partir do século XIX, e impôs "a ideia de sacerdócio laico" (Dauphin 1994: 486), sobretudo, no exercício de profissões presididas por ideais humanistas, como a enfermagem, a educação e assistência social. A opção e/ou necessidade de trabalhar colocou as mulheres face à alternativa que marcou a sua identidade social e o seu "destino de mulher", à

⁸⁵ Parágrafo 2, Artigo 1º, do Decreto nº 36:219, de 10, de Abril de 1947.

época: profissão ou família. A questão, embora se coloque do ponto de vista jurídico-normativo, transcende-o, na medida em que a lei expressa o jogo das pressões sociológicas, em torno das imagens ideológicas sobre as mulheres e o lugar que lhes era atribuído no espaço da cidadania. O Estado foi, em quase todos os países europeus, o primeiro empregador de mulheres e “primeiro «fabricante» de celibatárias” (ibidem).

Em Portugal, as professoras, por exemplo, não foram impedidas de casar, mas, em 1936, só o podiam fazer mediante autorização do Ministro da Educação, após averiguação relativa ao comportamento moral e civil e dos vencimentos ou rendimentos do pretendente (Araújo, 2000; Cortesão, 2000; Nóvoa, 1992). Esta medida é lida por António Nóvoa (1992) como uma expressão clara da desvalorização do estatuto docente. Para Helena Costa Araújo (2000: 269), os diferentes debates em torno desta problemática contribuíram para clarificar o agravamento da situação das mulheres após o golpe militar de 1926, tendo as mudanças operadas visado a sua restrição “aos lugares tradicionais e, consequentemente, coarctar as suas possibilidades de acção”.

Os Hospitais Cívicos de Lisboa, já em 1938⁸⁶, restringiam o exercício profissional a enfermeiras solteiras ou viúvas sem filhos, prevendo-se a sua substituição, sempre que se registasse alteração de tais condições. Em 1942⁸⁷, o estado consignou em lei a aplicação deste critério na admissão a qualquer escola de enfermagem⁸⁸. Os dispostos normativos enunciavam a medida de forma lacónica, sem se deterem sobre qualquer argumento, o que revela, quanto a nós, a imagem de um regime autoritário, por um lado, e a “naturalização” que se pretendia conferir ao facto, por outro. Aliás, uma das formas de pôr o problema passava por se afirmar que,

[n]em todas as mulheres conseguem casar-se e como há mais mulheres de que homens – assim o dizem as estatísticas – há muitas que estão condenadas a ficar para tias. É preciso cuidar dessas e do seu futuro. (...) «Não há neste momento, em Portugal nada melhor para as raparigas que não possuam família abonada para lhes criar um futuro amplo e sem ocupação do que ser enfermeira» (Adão, 1956: 21-23)⁸⁹.

O “estigma doentio de rejeição em torno do estado de solteira, que não era encarado como uma escolha da própria mulher, mas como resultado de não ser

⁸⁶ Decreto nº 28:794, Julho, artigo 60º.

⁸⁷ Decreto nº 32:612, de 31 de Dezembro, de 1942.

⁸⁸ Alínea e, artigo 4º, Decreto nº 32:612, de 31 de Dezembro de 1942.

⁸⁹ Sublinhado do autor.

escolhida” (Greer, 2000: 279), presidia a tais afirmações. É caso para se afirmar que nada melhor para o regime do que fazer circular a ideia de que a enfermagem se constituía a mais nobre alternativa para as “tias” e para as jovens provenientes de famílias com poucos recursos sócio-económicos. À partida, seriam muito mais susceptíveis à subordinação, à opressão e à exploração laboral. As afirmações proferidas carregam em si mesmas uma violência simbólica ímpar, com influência indelével na forma como o celibato das enfermeiras foi vivido e percebido por elas e pela sociedade. São factos que não passam à margem da construção das subjectividades.

Através da análise de alguns textos, verificamos, ainda, que as enfermeiras se confrontaram, como referimos, com mensagens contraditórias. Do elenco de recomendações efectuadas por Luís Adão, no *Relatório da Viagem a Espanha para o Estudo das Escolas de Enfermagem desse País* (1945a: 96), no seu ponto 8, reafirma-se a concordância com o conteúdo do articulado legal, argumentando que desta forma se cumpre “(...) o preceito de tudo pedir para o doente e de permitir que às que não se casem ou que não desejem casar-se fique aberto o largo campo de enfermagem e onde podem deste modo honradamente ganhar o seu pão”. Porém, no mesmo ano, em cerimónia pública de distribuição de prémios aos alunos, reiterando a sua concordância com o ‘Chefe da Nação’, afirmava:

(...) A lei que não quer as enfermeiras casadas é justa e inteligente – justa porque quem quiser ser enfermeira não pode ter família de cuidado obrigatório; inteligente porque se constitui assim uma possibilidade de vida para as que não queiram e, sobretudo, para as que não consigam casar-se. Toda a enfermeira que queira consorciar-se pode naturalmente fazê-lo – não há que censurar por isso, o que não pode – e bom é que assim seja – é acumular a profissão de dona de casa com o cargo absorvente e gastador de energias do hospital – do que resultaria um mau desempenho das duas ocupações (Adão, 1945: 118).

Referia-se à lei como sendo justa e inteligente, mas admitia a “consorciação”, uma situação “moralmente condenável”, à época. Tudo se processava na base da diferenciação biológica e em nome de uma falsa moral que, por vezes, assumia contornos de conveniência. Por esta via, “empurravam-se” as enfermeiras para situações diametralmente opostas em relação às recomendações normativas, no domínio da moralidade, reforçando-se a reputação próxima da prostituição associada à enfermagem (Araújo, 2004). Era, pois, uma medida moralista com efeitos contraditórios (Carneiro, 2003). Claro que o discurso se reveste de um cariz instrumental, explicado no contexto de enorme carência de pessoal de enfermagem (Costa-Sacadura, 1942), exacerbada nos

Hospitais Cívicos, e de precariedade das condições organizacionais (Adão, 1945) e de trabalho. Reafirmava-se a incompatibilidade entre as “funções domésticas e hospitalares”, atribuindo-se ao “consórcio”, de forma subtil, uma situação diferenciada do casamento, com todos os reflexos físicos, sociais e psicológicos que daí advinham sobre a vida das enfermeiras (e das famílias), nomeadamente sob a forma de culpabilização. A noção de entrega plena à causa” dos doentes brotava profusamente dos discursos sociais, condicionando a forma como as próprias enfermeiras perceberam, vivenciaram e re/construíram as suas vidas e a profissão. Em França, no início do século XX, os discursos médicos faziam passar a imagem simultaneamente da ‘enfermeira ideal’, como sendo jovem ou viúva, sem laços familiares que a impedissem da “consagração” absoluta aos enfermos e de risco acrescido de negligência e espoliação dos doentes por parte de enfermeiras casadas (Knibiehler, 1984).

A recomendação de internato surgiu na sequência da “ideia de que as mulheres perdiam a sua integridade moral *fora* da tutela da família e do espaço doméstico” (Giorgio, 1994: 210), tornando-se mais susceptíveis de serem corrompidas. Com as escolas a funcionar, em hospitais e em regime de internato (sempre que possível), criavam-se condições, através das quais se pretendia influenciar as alunas de forma completa (Collière, 1989), nos termos das expectativas inerentes ao que era “ser enfermeira”: carinhosa, submissa, subserviente, obediente, benevolente, desligada dos bens materiais e pura. Constituíam, por excelência, “lugares de socializações” (Amendoeira, 2006: 135).

Os “lares” assim eram designados os espaços onde ficavam internadas as alunas eram dotados, de um modo geral, de regulamentos específicos, estruturados com base no princípio comum de que “a **disciplina**”⁹⁰ era necessária para a formação das enfermeiras” (Corrêa, 2002: 114). Em alguns casos, como por exemplo, no Lar das Alunas Enfermeiras de Coimbra, o “internato para as alunas era obrigatório mesmo para as que residiam com as suas famílias em Coimbra” (Salgueiro, 2004: 86). Não era, porém, uma medida adoptada pela generalidade das instituições, até porque muitas delas se deparavam com carências estruturais, constituindo-se uma preocupação, nomeadamente de Luís Adão. Face às possíveis e desconhecidas influências mundanas sobre as candidatas,

⁹⁰ Sublinhado da autora.

advogava a sua selecção, em moldes similares aos adoptados pelo “clero - internando e confiando ipso facto a quem de direito o poder de aproveitar os que prestam e reenviar à vida exterior os inadaptáveis a tal ocupação” (Adão, 1944: 496), mas faltava-lhe para isso

(...) uma instalação para o internamento - um colégio de enfermagem -, entregue ao labor de enfermagem propriamente⁹¹ dito mestras de indiscutível categoria (...) que naturalmente teriam de ser estrangeiras. Far-se-ia também um serviço de cozinha, porque não faz sentido que não seja sabedora de culinária dietética uma enfermeira completa.

Desejávamos que tal obra se construísse dentro da cidade, mas em local próprio, num terreno onde todas as instalações se achassem livres das más vizinhanças. Um campo de jogos e de ginástica sob a direcção de uma professora apropriada completaria a nova Escola – uma escola própria do Estado Novo, numa palavra – uma escola à Salazar (ibidem).

As condições económicas do país não permitiam o preconizado, mas o sentido da formação tendia para o que André Petitat (1989: 277) designa de “formação integral, intimamente associada a um espaço comunitário fechado, na lógica de uma grande família, fundindo-se a vida privada e a vida pública”. Diga-se, também, que a ginástica, a educação física, à época, se inseria “no debate eugénico de «aperfeiçoamento da raça» e de «regeneração da nação» (Pimentel, 2000: 209), tendo sido definida na Constituição de 1933, como parte integrante da educação dos portugueses (ibidem)⁹². Procurava-se, ainda, uma professora “apropriada” reforçando-se o sentido de domesticação através das actividades circum-escolares. O controlo completo sobre o corpo, a alma, os conhecimentos, o saber-fazer e as relações constituíam a grande ambição deste ‘ideal de formação’. A restrição das interacções e as influências várias, oriundas do conhecimento de diversos meios de vida e de formas de viver, limitaram a percepção do mundo. Ora, era a partir desta “visão” (Collière 1989: 108)⁹³ que se pedia às enfermeiras que observassem os doentes e respondessem aos seus problemas/necessidades, presidindo tais pressupostos à expansão do ensino, abordado de seguida.

⁹¹ Cf. Original.

⁹² Não se pense, porém, que a educação física feminina constituía uma questão pacífica. Ergueram-se vozes de oposição, quer no seio do regime, quer da igreja (Pimentel, 2000).

⁹³ Cf. tb. Preâmbulo do Decreto nº 32:612, de 31 de Dezembro, de 1942.

2.1.2. Formação minimalista, hierarquizada e genderizada

O Estado Novo procurou fazer face à enorme carência de pessoal de enfermagem, através da atracção da população feminina (excepto para os serviços de psiquiatria e urologia), com imposição (relativa) de uma formação orientada na lógica, tão completa quanto possível, de transposição dos pressupostos vigentes na esfera privada sobre a esfera pública, e da hierarquização. Foram-se dando passos progressivos e, em 1947, o regime deixava claro, quanto a nós, que a prestação de cuidados constituía a base da pirâmide, que veio a ser ocupada maioritariamente por mulheres (Araújo, 2004), como veremos posteriormente. O regime esforçou-se e conseguiu implementar uma política de formação minimalista em enfermagem, nivelada pelos limites mais restritos, tal como acontecia com o sistema educativo na sua generalidade (Stoer, 1986; Nóvoa, 1992; Araújo, 2000; Teodoro, 2001a) e teimosamente à margem da enfermagem. Contudo, não obstante o terreno agreste e árido, germinavam novas concepções de ensino e prática de enfermagem, pelas “vozes insubmissas” (Carmo e Amâncio, 2004: 53) de algumas enfermeiras.

• Dois modelos inovadores ignorados pelo Estado Novo

Num claro apoio à feminização (e à hierarquização), em 1940, era criada a Escola Técnica de Enfermeiras⁹⁴, tendo no mesmo ano a Escola de S. Vicente de Paulo sido reconhecida pela Inspeção do Ensino Particular do Ministério da Educação⁹⁵. Constituíram-se duas escolas femininas laicas, diferenciadas também entre si, mas com modelos de formação inovadores, não se podendo, pois, generalizar e homogeneizar a situação do ensino de enfermagem.

A ETE foi a única escola de enfermagem, durante o Estado Novo, a ser tutelada pela Direcção Geral do Ensino Superior e das Belas Artes, integrando-se, assim, no Ministério da Educação Nacional. Funcionando na dependência do Instituto de Oncologia, teve o apoio, tanto material como técnico, da Fundação Rockefeller (Soares, 1997) e gozava de “autonomia pedagógica”⁹⁶, “um marco na História da

⁹⁴ Decreto nº 30: 447, de 18 de Maio de 1940.

⁹⁵ Cf. Escola Superior de Enfermagem de S. Vicente de Paulo (1997), *60º Aniversário - 1937-1997*. Lisboa.

⁹⁶ Artigo 2º; Decreto nº 30: 447, de 18 de Maio de 1940.

Enfermagem Portuguesa” (Corrêa, 2002: 71). O curso tinha duração de 3 anos, exigindo-se como habilitações mínimas o exame do 2º ciclo do curso liceal ou equivalente⁹⁷ (equivalente ao actual 9º ano de escolaridade), preferencialmente com o curso de educação familiar. Já em 1945, as alunas admitidas, à excepção de duas, possuíam habilitações literárias superiores às exigidas (Corrêa, 2002), indiciando um nível sócio-económico relativamente elevado. A escola gozava de legitimidade e prestígio únicos (Nogueira, 1990; Soares, 1997; Corrêa, 2002). De acordo com Isabel Soares,

[a] singularidade e prestígio no programa nacional advém das circunstâncias da sua criação, da sua organização e funcionamento, do currículo do curso que ministra, da origem social das alunas, do apoio explícito e presencial de figuras importantes do regime, em actos públicos que realiza nos primeiros anos (Soares, 1993: 34).

Contrariamente ao que acontecia em outras instituições, o curso habilitava para o exercício profissional em qualquer estabelecimento hospitalar ou de saúde pública.⁹⁸ É de referir que o diploma não criava o Curso de Auxiliares de Enfermagem na ETE⁹⁹. Tanto esta escola como a ESVP foram dirigidas, desde o seu início, por enfermeiras, respectivamente Angélica de Lima Basto (Corrêa, 2002) e Eugénia de Tourinho (Nogueira, 1990; ESESVP, 1997).

A ESVP foi criada em resultado do propósito da congregação em aproximar-se dos grupos mais desfavorecidos, propondo-se fazê-lo de forma culturalmente integrada, recorrendo assim, à colaboração de jovens portuguesas (Nogueira, 1990). Admitia, deste modo, elementos externos à congregação que responderam favoravelmente, sobretudo aquelas que se ocupavam até aí, fundamentalmente, do desenvolvimento de acções de beneficência (Soares, 1993). Constituiu assim, a primeira escola, em Portugal, de índole religiosa, a formar enfermeiras laicas (Nunes, 2003: 70). O curso tinha uma duração de 3 anos e incluía um “cariz mais humanístico, como a higiene mental, psicologia e sociologia” (Nogueira, 1990: 135).

O “movimento renovador” (Soares, 1997: 72), liderado pelas duas escolas, ETE e a ESVP, que advogava a centralidade na enfermagem quer na vertente teórica,

⁹⁷ O pessoal de enfermagem ao serviço ao IPO, na admissão à escola ficava dispensado das habilitações, então, exigidas (Artigo 4º, Decreto nº 30: 447 de 18 de Maio de 1940).

⁹⁸ Artigo 5º, Decreto nº 30: 447, de 18 de Maio de 1940.

⁹⁹ De acordo com a enfermeira Mello Corrêa (2002), o período que antecedeu a publicação da Portaria nº 16858, de 5 Setembro de 1958, que criava o Curso de Auxiliares de Enfermagem no IPO, correspondeu a uma “penosa disputa do IPO com a ETE que defendia **não ser da sua competência tal actividade**” (Corrêa 2002: 290).

quer no domínio prático foi, por vezes, incompreendido e criticado por algumas das outras escolas. De facto, a força dos discursos dominantes na re/produção dos sujeitos e práticas faz-se sentir, a maior parte das vezes, sem que estes tenham consciência que está em jogo a re/criação e manutenção de condições que os conduzem à dominação, à opressão e à subordinação.

A formação em enfermagem seguia padrões muito diferenciados. Em 1942,¹⁰⁰ de acordo com os dados disponíveis, a situação apontava nesse sentido (quadro 1). Constatamos que, sendo a ETE a escola com menor número de alunas inscritas (vinte oito alunas), possuía a mais baixa relação professor(a) /aluna (1,17 %), sendo a média sensivelmente de 15, com valores a oscilar entre o mínimo apresentado na ETE e o máximo de 31,4, na Escola Artur Ravara. A ETE é a única escola que integra elementos femininos na docência, (ainda que em minoria, cerca de 1/3), constituindo-se uma escola inovadora neste aspecto. Contribuiu para que os/as profissionais de enfermagem comesçassem progressivamente a responsabilizar-se pela formação dos seus pares.

Quadro 1 . Distribuição de discentes por escolas de enfermagem, segundo o sexo e a dotação professor/a por aluno/a, em 1942

Escolas	Discentes Matriculados		Rácio Professor(a)/ estudante	Número de Docentes	
	H	M		H	M
Dr Ângelo da Fonseca	32	15	11,75	4	0
Artur Ravara	50	107	31,40	5	0
ETE	a)	28	1,17	18	6
Hospital de Santo António	13	34	15,67	3	0
Total	95	184	b)	30	6

Fonte: Anuário estatístico de Portugal, de 1942

a) Não se aplica

b) Média \cong 15

Deste modo, foi reconhecidamente uma escola que contribuiu para a autonomização e valorização do ensino e da profissão de enfermagem, em Portugal, não se podendo contudo ignorar as desigualdades sociais e de género

¹⁰⁰ Não é possível apresentar a evolução temporal dado que os critérios de informação são muito variáveis.

que nortearam o processo, à boa maneira do regime vigente e dos estados patriarcais.

Da análise global do quadro, é evidente a tendência de '*feminização*' da profissão. A população feminina atingia valores próximos do dobro em relação à masculina, mantendo-se aproximadamente esta proporcionalidade na Escola Artur Ravara e Escola do Hospital do Santo António, e inversa na Escola Ângelo da Fonseca. Um dos aspectos que não pode deixar de ser referido relaciona-se com a omissão das informações relativas a outras escolas em funcionamento, nomeadamente a de S. Vicente de Paulo, desconhecendo nós as razões de tal facto.

• A prática de cuidados na base da pirâmide

Em 1947, o estado propôs-se remodelar o ensino de enfermagem, em termos de "quantidade e com qualidades necessárias à eficiência dos novos hospitais"¹⁰¹. No prazo de um decénio, os internamentos tinham duplicado, tinham sido criados centros de saúde e de assistência social, maternidades, postos de consulta e socorros, dispensários e consultórios¹⁰², por iniciativa do estado, mas sobretudo de organismos corporativos, de instituições de previdência e particulares. A situação tendia a agravar-se com a operacionalização da Lei nº 2:011¹⁰³ inerente à organização hospitalar, sumariamente caracterizada por dividir o país em três zonas, norte, centro e sul, criando-se em cada zona, região e sub-região, pelo menos, um hospital de carácter respectivamente central, regional e sub-regional. Designava-se, ainda, a natureza da assistência assegurada por cada um deles. De acordo com João Porto (1958: 5), à data da promulgação da lei, "dos 289 edifícios para hospitais, 259 pertenciam às Misericórdias, 29 a outras instituições e 6 ao estado, "quase todos, danificados". Entretanto, os hospitais regionais e sub-regionais criados, mantiveram-se, de um modo geral, sob a alçada das Misericórdias. Apenas os hospitais centrais se revestiam de "um carácter oficial e, por consequência, integralmente mantidos pelo Estado" (ibidem), encontrando-se o Hospital de Santa Maria, em Lisboa, e de o S. João, no Porto, "«as meninas dos olhos» do regime no campo da saúde" (Carneiro, 2003: 478), em construção aquando da reforma de 1947¹⁰⁴. Como Gonçalves Ferreira (1990: 341) refere, o

¹⁰¹ Ibidem.

¹⁰² Preâmbulo do Decreto nº 36:219, de 10 de Abril, de 1947.

¹⁰³ De 2 de Abril de 1946.

¹⁰⁴ Preâmbulo do Decreto nº 36:219, de 10 de Abril, de 1947.

Estado Novo, nas décadas de quarenta e cinquenta, promulgou legislação respeitante à saúde de forma profusa, enformada, porém, numa visão meramente parcial dos problemas, dando origem ao agravamento das “injustiças sociais de que sofria a população portuguesa”.

Neste contexto, optava-se pelo modelo de formação inglês, argumentando-se que “55 por cento das actividades das enfermeiras não tinha carácter profissional específico¹⁰⁵ e podia ser confiado a «enfermeiras práticas»”¹⁰⁶. Para além do aspecto económico, o modelo em causa permitia estabelecer “uma hierarquia” (ibidem), um pressuposto ideológico tão caro ao regime e, como tal, omnipresente no documento. Por um lado, aceitava-se “o desdobramento da actividade de enfermagem por duas categorias diferenciadas: o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem” (ibidem) e, por outro, considerava-se que a “ direcção e coordenação do trabalho de enfermeiros, assim como o exercício e função de monitores do ensino, requer[ia] uma categoria superior de técnicos” (ibidem), os últimos formados “em cursos de aperfeiçoamento e de extensão cultural”. Previa-se, ainda no documento, a formação no âmbito das especialidades (algumas já existentes). Neste sentido, algumas investigadoras, como Lucília Nunes (2003), consideram que a formação contínua encontrou os seus fundamentos na década de quarenta. A formação foi “nivelada por baixo”, na sua generalidade¹⁰⁷, (também na enfermagem) sob critérios de hierarquização, correspondendo ao nível mais básico, a prática de cuidados. Os/as auxiliares de enfermagem, cujo curso exigia como habilitações literárias de acesso a instrução primária, tinha a duração de um ano e destinava-se a “ministrar conhecimentos elementares essencialmente práticos”¹⁰⁸, ficando “mais próximos da execução por delegação de outrem, no processo de cuidados, enquanto os enfermeiros passaram a assumir essencialmente as funções de gestão dos cuidados, das equipas e dos serviços” (Amendoeira, 2006: 265-266). Tais medidas reflectem a concepção dos políticos em relação à Enfermagem, especialmente no que se refere à prestação directa de

¹⁰⁵ Não deixamos, obviamente, de nos interpelar em relação aos critérios de avaliação.

¹⁰⁶ Preâmbulo do Decreto nº 36:219, de 10 de Abril, de 1947.

¹⁰⁷ O Curso Geral de Enfermagem tinha a duração mínima de dois anos, exigindo-se o 1º ano liceal como habilitação de acesso (Decreto nº 36:219, de 10, de Abril, de 1947, art. 17, alínea d, parágrafo 2). Os cursos de aperfeiçoamento destinavam-se aos enfermeiros/as chefes e monitores, possuíam a duração de 1 ano e o 2º ano liceal (actual 9º ano) constituía a habilitação de acesso, para além de outras condições que não exploramos, neste trabalho.

¹⁰⁸ Preâmbulo do Decreto nº 32:612, de 31 de Dezembro, de 1942.

cuidados. Criava-se (ou melhor importava-se) uma sub cultura com o objectivo de perpetuar o “mundo feminino” (Meleis, 1991), mascarando, indelevelmente, o carácter profissional dos cuidados, conformando a forma como foram (e ainda são) socialmente percebidos. O ensino orientava-se para o fazer, o executar obedientemente, enfatizando-se as rotinas e as práticas desligadas da interpelação, do questionamento das e sobre as mesmas, do saber teórico. Passava-se a mensagem de que pouco mais do que as qualidades “naturais femininas” pareciam ser necessárias ao cuidar em enfermagem. Contudo, é possível perceber que, já em 1942, existiriam alguns movimentos no interior da enfermagem, que reivindicavam melhor formação técnica. A este propósito, lembrava o legislador aos/às enfermeiros/as, a importância associada de outros factores: primeiro, os de carácter moral e, depois, os outros susceptíveis de serem desenvolvidos através da formação. Em suas palavras,

[s]e cada vez mais a profissão reclama competência técnica assegurada, não devem por isso esquecer-se, ou secundarizar-se, os demais factores de que depende a eficiência da sua função – o valor pessoal e moral, a cultura geral, a educação, o sentido da observação e a capacidade de referência exacta de dados recolhidos – factores estes a apurar em escolas e estágios que para isso reúnam as indispensáveis condições (Decreto nº 32:612, de 31 de Dezembro, de 1942).

Uma formação determinada e definida pelos médicos que, inclusive, leccionavam a disciplina de enfermagem, à excepção da matéria relacionada com os procedimentos técnicos de diagnóstico de terapêutica, “confiados a enfermeiras” (Soares, 1997: 68). No que aos estágios se refere, por exemplo, Luís Adão pensava aproveitar os “próprios alunos do 2º ano para suprir o *deficit* de pessoal, que se nota[va] nas fileiras de enfermagem dos Hospitais Civis (Adão, 1944: 497)”. Ora, nestas condições, dificilmente se poderiam “apurar” quaisquer factores de índole profissional, constituindo-se mais uma forma explícita da desvalorização da formação para a prática de cuidados e das condições criadas e mantidas para a re/produção dos sujeitos no que a este assunto se refere.

Não obstante, à época, já se erguiam vozes, como por exemplo, Palmira Tito de Morais, em 1946, que desafiaram discursos e práticas estruturados para, de seguida, os re/estruturar com base em concepções sobre o ensino (teórico e prático) de enfermagem completamente opostos:

[p]ara que a profissão de enfermagem seja um facto, não basta que as enfermeiras possuam os esplêndidos atributos humanitários que sempre as acompanharam. O entusiasmo, a delicadeza, a coragem, a generosidade, paciência e o amor pelo trabalho a realizar, são indispensáveis, penso eu, a

todas as profissões livremente aceites. (...) Além destes atributos humanitários indispensáveis, a enfermeira precisa de inteligência e duma educação científica completa e profunda. Por todo o mundo encontramos, no entanto, ainda hoje, escolas de enfermagem que não dão às futuras enfermeiras uma verdadeira educação, mas sim uma simples forma de aprendizado (ibidem: 662).

As palavras enunciadas soam qual “pedregulho no charco” ou ribombar de trovões. A enfermeira Tito de Moraes rejeitava profusamente a especificidade das qualidades veiculadas ao exercício da enfermagem através de discursos e práticas dominantes, denunciando o carácter exploratório das práticas hospitalares. Neste contexto, há uma questão que se nos coloca: qual seria a posição da enfermeira face à preferência feminina dada à e pela profissão? Não temos resposta, mas não deixamos de nos interpelar. Prosseguindo a análise, é de realçar a reivindicação de um estatuto autónomo e de cientificidade não compatíveis com a formação proporcionada por algumas escolas, a maioria concerteza. ‘Ousou’ desocultar frontalmente as implicações das ideologias e práticas vigentes, trazendo à discussão a complexidade inerente ao processo, não tanto de ensino, mas sobretudo do ensino-aprendizagem estribado na inter-relação entre a teoria e a prática. Usou, para o efeito, tom e forma de quem dominava cientificamente o campo em discussão, a profissão e a formação em enfermagem e não pactuava com situações conducentes à domesticidade da enfermagem:

Nessas escolas, o estágio hospitalar é considerado como a parte mais importante do ensino das enfermeiras; mas, durante esse estágio, não há professoras de enfermagem que lhes ensinem a ser enfermeiras. (...) A enfermagem é considerada um ofício ou uma simples soma de habilidades manuais e a alma avaliada não como valor potencial mas sim pelo seu poder de suportar situações desagradáveis. Os hospitais permitem os estágios, não porque estejam aptos e perfeitamente equipados para poderem educar, mas simplesmente porque o trabalho das estudantes é mais barato do que das enfermeiras graduadas. (...) A enfermagem possui antiguidade, tradições, idealismo ético e organização profissional. A sua técnica é ensinada hoje através de uma disciplina educativa, a sua actividade envolve operações essencialmente intelectuais, acompanhadas de amplas responsabilidades individuais, e o seu ensino não é simplesmente académico e teórico, mas também dirigido para objectivos práticos (Moraes, 1946: 662).

A noção de profissionalismo brota em todo o discurso. A sua argumentação estribava-se eloquentemente em pressupostos históricos, ideológicos, éticos, organizacionais e na especificidade científica da enfermagem, enquanto ciência e disciplina (Watson, 2002; Alligood e Tomey, 2004).

Assim, para algumas investigadoras, a remodelação do ensino ficou aquém do enunciado (Soares, 1997), enquanto para outras (Nunes, 2003:75), “parece ser apenas a institucionalização do já existente, a formalização legislativa de uma

realidade” (sic). Tratou-se, na nossa perspectiva, de adopção de uma política inspirada nas medidas mais limitadas do ponto de vista de exigência de formação (habilitações de acesso, duração e organização do curso e sub/valorização da formação para a prática de cuidados) e mais susceptíveis de responder à formação integral, de entre as “realidades existentes”, generalizadas a nível nacional (à excepção da ETE). Resultou na legitimação da discriminação, da opressão e da subordinação das enfermeiras, agora, com uma abrangência alargada. Focando o olhar sobre a política educativa do regime, sustentado nas concepções anteriormente enunciadas (de formação em enfermagem, de cidadania e de género), e sobre o testemunho, as emoções e os sentimentos sintonizados a partir dos diálogos com a enfermeira Maria Diogo, jamais poderíamos silenciar a discórdia no que a este assunto se refere. Está em jogo a complexa construção das enfermeiras enquanto cidadãs, a partir da relação com elas próprias, com os/as outro/as, com a formação, com a profissão e com o mundo. Um mundo que, após a II Guerra, se encontrava em mudança e pressionava o regime no mesmo sentido (Rosas, 1994), desafiando à interpelação no que às transformações e continuidades no ensino de enfermagem se refere.

2.2. Anos 60: pequenas grandes mudanças no mundo de enfermagem

Os anos sessenta foram marcados por importantes iniciativas na área do ensino em enfermagem, ainda que se mantivessem inúmeras continuidades, sobretudo no domínio das relações sociais de género, como adiante analisaremos. De qualquer modo, constituiu-se, quanto a nós, um ponto de viragem em direcção ao difícil processo de autonomização do ensino de enfermagem. Alguns dos acontecimentos relevantes tiveram a sua génese em meados da década de cinquenta (Amendoeira, 2006; Nunes, 2003), razão pela qual, não sendo aqui trabalhada essa fase, poderemos ter necessidade de pontualmente a revisitar. Tal como Fernando Rosas (1994) refere, a década de cinquenta foi marcada por mudanças in/visíveis que o regime teimava em reprimir, dificultar e invizibilizar, mas que se revestiram de uma natureza determinante para o futuro da educação/formação e da sociedade portuguesa na sua generalidade. Como veremos, também na enfermagem surgiram discursos profundamente inovadores, que hoje diríamos, numa lógica andragógica e emancipatória. Dito de outro modo, enquanto as políticas e os discursos de várias entidades responsáveis pela

formação em enfermagem, basicamente médicos, versavam a 'produção de um ideal' de enfermeira entroncado na domesticidade, algumas enfermeiras continuavam a contribuir para a construção de alternativas bem mais inclusivas que, de certo modo, começaram a ser concretizadas na década de sessenta.

Assim, num contexto de repressão, luta, resistência, oposição e cedências, foram-se operando ténues transformações no que se refere à acção reguladora do estado (sobre o ensino e a vida privada) e à valorização (mitigada) da formação, sobretudo da prática de cuidados.

2.2.1. Controlo, regulação, resistência e luta

O estado manteve o seu papel regulador e controlador, começando a existir algumas fissuras neste processo, quer no que ao ensino se refere, quer à vida privada, que marcaram novos rumos na vida das pessoas e no processo de construção profissional.

• Dimensão do ensino

Apesar do controlo e regulação forte do estado, este período destaca-se pela conquista de espaço no domínio da formação e do exercício profissional, (limitada) e pela abertura à colaboração de organizações internacionais.

No decurso desta incursão histórica (faseada), salientou-se a marginalização da enfermagem na elaboração e desenvolvimento de políticas que lhe eram inerentes. O processo passou-lhe na margem, ou melhor, foi-lhe atribuído um lugar, mantendo-a na margem. Os médicos decidiram o que dela pretendiam e em que termos, apesar de existirem duas escolas a funcionar em Portugal, sob pressupostos teórico-metodológicos substancialmente distintos, a que já fizemos referência. Em 1957, alguns sinais de mudança se desenhavam no horizonte da enfermagem, mas que rápida e violentamente se procuravam conter. Era, então, nomeada pelo Sub-Secretário da Assistência Social, Mello de Carvalho, uma Comissão Coordenadora de Serviços de Enfermagem, constituída por três enfermeiras (Ministério da Saúde, 1966) da "Escola S. Vicente de Paulo" (Castilho, 1961: 8), tendo em vista a elaboração de um projecto de diploma de lei, orientado para a reformulação do ensino e do exercício (Ministério da Saúde, de 1966). Do relatório elaborado pela referida Comissão, posteriormente dissolvida (ibidem), emergiam, nas palavras de Castilho (1961: 16), "as primeiras ideias de

autodeterminação da enfermagem portuguesa". Na realidade, propunha-se a criação de um organismo coordenador dos serviços de enfermagem, composto por sete enfermeiras "habilitadas em chefia e ensino de enfermagem", com assessoria de um jurista e de um médico, a funcionar sob dependência directa do Subsecretário da Assistência Social. Procurava-se resgatar a enfermagem do comando médico. Todo este perfil (de enfermeiras) opõe-se ao mito que o regime fazia passar inerente à homogeneidade de pensamento dos/as portugueses/as (Pimentel, 2000), e à "fragilidade" intelectual das mulheres, nomeadamente das enfermeiras.

Seguiu-se outra tentativa (não consumada) de remodelação, tendo sido nomeada outra comissão, composta por três médicos e a enfermeira directora da ETE. Propunham-se algumas alterações, tendo-se retomado e ampliado a noção da autonomia (Castilho, 1961: 16). A autonomia e emancipação no ensino e exercício profissional da enfermagem constituíram, assim, problemáticas centrais nas décadas cinquenta e sessenta, (e continua a ser). Tudo se jogava numa arena de poderes controversos, que condicionaram, mas não impediram, a resistência e luta das/os enfermeiras/os. Coexistiam o apoio implícito e a oposição, aberta, nomeadamente por parte de alguns médicos (Castilho, 1961) próximos do poder governativo e de outros com responsabilidades sobre o ensino de enfermagem. As palavras proferidas por Castilho (1961), relativamente a este assunto, são de humilhação e insulto. Em suma, a violência verbal constituía uma arma de recurso fácil:

Tem sido, é e será sempre assim! (...) por enquanto, continuar-se-á a pedir a independência administrativa, a independência científica e cultural, a independência pedagógica, tal como fazem todos os adolescentes na sua luta contra o mundo, e a infantilidade das pretensões há-de continuar a acobertar-se por detrás de uma palavra vazia de sentido ou cheia de impertinência e que se denomina autodeterminação (Castilho, 1961: 12).

Prosseguia eloquentemente convocando o sub-inspector da Assistência Social, António Seabra, para argumentar das razões da oposição à autonomização da enfermagem, que não poderiam deixar de incidir sobre a suposta "natureza" feminina:

(...) vejo muitos inconvenientes a opor, a começar na falta de qualidades naturais de chefia do sexo feminino (onde há muitas mulheres, parece necessário o comando superior de um homem (Ibidem: 18) [sic].

De facto, procurava-se incessantemente "eternizar a estrutura da dominação masculina" (Bourdieu, 1999: 30) e perpetuar a opressão e subordinação das

enfermeiras. Contudo, a construção histórica de condições fundamentais à re/produção dos sujeitos dóceis e submissos, frequentemente “«fomenta» a resistência, o conflito e a luta” (Apple, 2001: 128), dando espaço à mudança. Algumas enfermeiras, apesar de minorizadas continuavam a forjar estrategicamente o percurso de autonomização profissional. Contribuíam, assim, para a ruptura de “arquétipos femininos” construídos em torno da virtude e transcendência (Higonnet, 1994: 298) e do suposto ‘ideal de enfermeira’, passivas e incapazes de tomar decisões, quer no campo profissional, quer no domínio pessoal.

Neste contexto, a integração da Enfermeira Fernanda Resende na Direcção Geral dos Hospitais (DGH), criada em 1961 e cujo início de funcionamento ocorre no ano seguinte, constituiu um dos grandes marcos para a enfermagem portuguesa. Algumas ideias estruturantes propostas pela Comissão Coordenadora dos Serviços de Enfermagem, em 1957, encontravam, agora, eco no terreno, no trilho da autonomia e emancipação. Na qualidade de Inspectora chefe, a enfermeira Fernanda Resende deu início a um processo de acompanhamento rigoroso, por vezes, impositivo (Amendoeira, 2006), nos domínios, quer do ensino quer da prática profissional. Estrategicamente, convidou duas enfermeiras para trabalhar consigo, intervindo uma na área do exercício profissional e outra do ensino. As escolas, até aí, sujeitas a inspecção meramente administrativa por parte da Inspecção da Assistência Social, entravam numa fase de grande orientação que “precedeu a construção de uma maior autonomia” (Amendoeira, 2006: 76). O serviço central, estrategicamente, chamava a si as escolas de enfermagem procurando o seu distanciamento e autonomização face aos hospitais. Os/as enfermeiros/as passaram, a partir daí, a ter oportunidade de participar na construção dos projectos de remodelação do ensino e da profissão. Foram auscultados em relação às medidas a implementar bem como às dificuldades e constrangimentos de funcionamento e organização que lhes estavam inerentes. A revisão do ensino de 1965, liderada por um grupo de trabalho constituído por dois médicos, uma sub-inspectora do Instituto de Assistência Social e uma enfermeira, estribou-se nesta metodologia (Ministério da saúde, 1966), procurando articular os projectos formativo, profissional e organizacional. Foi efectuado um inquérito a todas as escolas de enfermagem, tendo sido consultados relatórios e o plano de saúde pública do Governo e solicitados pareceres aos directores clínicos e

superintendentes de enfermagem dos hospitais centrais e institutos sobre a competência dos/as enfermeiros/as e auxiliares de enfermagem recém formados/as. Após a análise da referida documentação, entenderam, ainda, ouvir os estabelecimentos e entidades interessados.

De facto, vivia-se uma fase de viragem sem precedentes, notória na enfermagem, que estrategicamente urgia não desperdiçar:

[t]alvez seja oportunidade já aqui mencionar que o Ministério da Saúde e Assistência considera a enfermagem uma profissão autónoma pelos conhecimentos científicos e técnicas que são apenas do seu foro. É tempo que a enfermagem portuguesa seja considerada por todos uma “PROFISSÃO”, senhora do seu destino e capaz de assumir as responsabilidades na condução de todos os assuntos que lhe estão inerentes, quer no campo do ensino, quer no campo do exercício. Por isso todas as sugestões dos profissionais de enfermagem foram postas em 1º plano, o que não quer dizer que a opinião de todos os outros técnicos não tenha sido de grande valor (Ministério da Saúde e Assistência, 1966: 12).

Enunciava-se a priorização da “voz e personagem de agência” (Buresh e Gordon, 2004: 42) da enfermagem em relatório, na interface que medeia o dealbar de um processo difícil de autonomização e legitimação.

Para além do envolvimento interno, com ênfase na enfermagem, pedia o Governo a colaboração de organizações e identidades estrangeiras. A proposta elaborada foi apresentada e analisada com uma consultora da OMS. Os planos e programas dos cursos Geral e Auxiliar de Enfermagem foram, posteriormente, enviados a todos os países da Europa, Brasil e ao Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN)¹⁰⁹, que emitiram as suas opiniões e sugestões (ibidem). O recurso a esta estratégia visava a legitimação do nível de ensino de enfermagem português em relação a outros países europeus e, de certo modo, forjando, simultaneamente condições para que os/as enfermeiros/as portugueses que pretendessem trabalhar no estrangeiro “fossem reconhecidos como enfermeiros e não como auxiliares de enfermagem como até ali” (Sousa, 1983: 11).

Esta abertura ao exterior decorre das transformações políticas que marcaram o período pós II Guerra Mundial, nomeadamente a adesão ao Plano Marshall. Várias organizações foram criadas tendo em vista a operacionalização e acompanhamento dos projectos desenvolvidos em cada um dos países aderentes. Face à finalidade principal do referido Plano, o desenvolvimento das nações, e acreditando-se que “a ciência era a força motriz do progresso”

¹⁰⁹ Foi criado em 1891, em Inglaterra, pela enfermeira Mrs. Bedford Fenwick, tendo-se constituído “a primeira Associação Internacional de Mulheres” (Corrêa, 2002: 182).

(Teodoro, 2001b: 131), criavam-se condições promotoras da articulação entre o desenvolvimento e a educação. Apesar do conservadorismo, o regime via-se forçado a abrir-se ao exterior, que impunha normas e orientações, nomeadamente educativas, algumas das quais completamente à margem das *especificidades* portuguesas (Stoer, 1986).

É neste contexto de interpenetração reiterada entre a educação e o trabalho que, em nossa opinião, se compreende a eclosão da heterogeneidade de formação em enfermagem ocorrida na segunda metade da década de sessenta¹¹⁰, aquando da reorganização de alguns serviços de saúde, nomeadamente de saúde mental e psiquiátrica (Ferreira, 1990; Nunes, 2003). O ensino de enfermagem integrava uma panóplia de formações deixando transparecer a visão instrumental e imediatista que o cerceava, ou seja, bastante à margem de uma lógica construtivista e emancipatória crucial ao desenvolvimento integrador dos/as futuros/as profissionais. Para além dos cursos de auxiliares de enfermagem e de enfermagem geral (e as anteriores mencionadas) emergiam outros cursos de natureza específica¹¹¹, comumente designados de “cursos de raiz”, estribados em exigências de acesso e durações de curso diversas, conferindo tonalidades e acentuações díspares, de concertação complexa num contexto que se pretendia de afirmação profissional.

Detivemo-nos a analisar a acção do estado no que se refere à elaboração e promulgação de políticas de ensino, denotando-se algumas alterações que foram determinantes para o desenvolvimento da profissão. Neste contexto, é legítimo questionarmo-nos em relação às transformações e continuidades inerentes à natureza controladora do estado sobre a vida privada das enfermeiras.

¹¹⁰ O Decreto nº 47843, de 11 de Agosto de 1967, “face à necessidade de preparar mais rapidamente o pessoal de enfermagem indispensável aos serviços de saúde pública e assistência psiquiátrica” (Preâmbulo) criava, com carácter provisório, o curso de base para o exercício dos cargos de enfermagem psiquiátrica e de saúde pública, com duração de 2 anos, e 2º ciclo ou equivalente como habilitação de acesso. Os candidatos que, apenas possuíam uma secção do 2º ciclo, podiam ser admitidos mediante exame de aptidão.

O Decreto nº 47884, de 31 de Agosto de 1967, cria o Curso de especialização obstétrica para enfermeiras e auxiliares de enfermagem, que passa a funcionar em escolas oficiais, com duração de um ano; a Portaria 23335, de 25 de Abril de 1968, cria a Escola de Enfermagem Psiquiátrica em Lisboa, Porto e Coimbra, mas só funcionou a de Lisboa, com o Curso de Enfermagem Psiquiátrica e de Auxiliar de Enfermagem Psiquiátrica.

¹¹¹ cf. Santos, 1993, Para aprofundamento da formação especializada em Enfermagem de Saúde Pública.

- **Vida privada**

A legislação promulgada, no período em análise, incide basicamente na remodelação do ensino (e carreira), não fazendo qualquer alusão específica às questões de género, à excepção da suspensão da proibição do casamento das enfermeiras hospitalares, assunto que adiante retomaremos. Porém, este facto não significa, quanto a nós, que o estado tenha alterado a sua posição em relação à vida privada das enfermeiras. Pelo contrário, parece-nos que nesta área as transformações foram menos evidentes do que as que se relacionam com o dealbar do processo de autonomização profissional. As medidas tomadas na década de cinquenta mantinham-se em vigor, sendo que o âmbito das mesmas tendia a reforçar a construção social da profissão no feminino. Embora coexistissem escolas exclusivamente femininas e escolas que davam preferência às mulheres sem excluir totalmente os homens, em algumas das últimas referenciadas, verificou-se o reforço de “orientações específicas segundo o género” (Araújo, 1995: 87), por um lado. Foram criadas escolas que mantinham a preferência feminina, algumas das quais especificavam a percentagem máxima de alunos do sexo masculino¹¹² e outras que se destinam exclusivamente ao sexo feminino¹¹³, continuando, de um modo geral, a indicação de internato, por outro. As diferenças de género, preconizadas nas políticas de formação, estribam-se em critérios de menoridade social e intelectual das mulheres, que circularam e condicionaram a forma como as enfermeiras perceberam estes processos. Nesta época, não são perceptíveis contestações relevantes por parte das enfermeiras em relação aos aspectos equacionados, provavelmente por os entenderem “naturais” e, por isso, inerentes à formação em enfermagem. Apenas encontramos a referência da Enfermeira Mello Corrêa¹¹⁴ ao incentivo da ETE, para que, a partir de 1959/60, a frequência fosse efectuada em regime de externato, por se considerar que “essa situação correspondia melhor à que era

¹¹² De acordo com Lucília Escobar Araújo (2004), na Escola de S. João de Deus, em Évora, criada em 1955, determinava-se que o nº de alunos a admitir não deveria exceder, em princípio os 10 %.

¹¹³ Entre outras, em 1954 e 1956, eram criadas respectivamente as Escola de Enfermagem Dr. Francisco de Assiz Vaz (actual Pólo de S. João, da Escola Superior de Enfermagem do Porto) e a Escola de Enfermagem do Hospital Santa Maria (Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian, encontra-se actualmente integrada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).

¹¹⁴ Exerceu o cargo de Directora da ETE, no período entre 1954 e 1968 (Corrêa, 2002).

vivida por outras alunas portuguesas do mesmo nível de ensino” (2002: 101), não se referindo concertiza à enfermagem. Parece referir-se a alunas do ensino superior. O argumento que não colhe no campo da consciencialização de género deixa perceber a especificidade que os internatos e escolas-lares assumiam na socialização da grande maioria das futuras enfermeiras, ou seja, sugere uma acentuação do controlo das suas vidas em relação às colegas de outras formações. No fundo, perspectivava-se mais uma mensagem subtil concorrente para a construção social de uma profissão que supostamente devia assentar na intercepção, se possível absoluta, entre as vidas privadas e vidas públicas e no afastamento das influências externas “no trilho do pudor, que à enfermeira habitualmente se exig[ia]” (Adão, 1956: 20).

No que se refere à luta pelo direito ao casamento, envolveram-se entidades e instituições diversas (Nunes, 2003) e os sindicatos de enfermagem (Carneiro, 2003). Constituiu motivo de campanha da Liga de Profilaxia de Acção Social, desde 1948, tal como tinha acontecido em relação a outras profissões, com manifesto apoio de várias entidades eclesásticas, nomeadamente do episcopado do Porto (Liga de Profilaxia de Acção Social, 1952). O assunto, não sendo exclusivo de Portugal, integrava a agenda da OMS (Corrêa, 1958). A enfermeira Mello Corrêa, em 1958, congratulando-se com a oportunidade que as mulheres tiveram de entrar na esfera pública e tomando como um dado adquirido e irrefutável a adequação da profissão à suposta “natureza” feminina, insurgia-se contra a lei (cf. tb. Corrêa, 1959), nos seguintes termos:

A Enfermagem profissional, criada por Florence Nightingale no fim do século passado, deve poder ser recebida com entusiasmo, uma vez que ela permite à mulher uma actividade extradoméstica na qual encontrará toda a satisfação que vem do facto de essa actividade ser por *natureza*, própria da mulher. (...) Mas aquelas que vêm hoje para a enfermagem, e satisfazem, dando-nos as garantias (...) de *pessoa e preparação*, deixam de poder dar rendimento integral quando a sua missão de mãe se vem juntar à sua missão Enfermeira. Qual das duas lhe devemos negar? É pergunta que nos impedimos em consciência de fazer (Corrêa, 1958: 5-6).

Considerando, tanto a maternidade como a enfermagem “uma missão”, estribada no pensamento dominante, o essencialismo, argumentava a mais valia que a primeira traria à profissão. A maternidade assume contornos de transcendência, tal era a importância dada a este fenómeno. Daí se depreende a violência simbólica que constituiria a privação legal da mesma, para algumas enfermeiras.

Em seu entender, os serviços deviam ser reorganizados no sentido de compatibilizar as duas condições:

A mulher foi criada para a maternidade e é da sua maternidade espiritual que ela colhe aquilo que de melhor pode dar como enfermeira.

O casamento acarreta dificuldades para o funcionamento dos serviços?

Ninguém o negaria, tal como os serviços estão organizados.

(...) Em enfermagem, cujo serviço se faz com *muita frequência* dentro dos horários do lar é de advogar a revisão e remodelação da orgânica e administração das instituições e não de levantar dificuldades a um direito fundamental. (...) cada vez mais, a mulher sai de sua casa a trabalhar. E a casada, mesmo a que em casos especiais, tenha que interromper o trabalho para a primeira criação dos filhos, deverá encontrar condições que lhe permitam regressar, com a possível brevidade, ao serviço (ibidem: 6-7).

Apesar de se depreender das suas palavras, que o ónus da responsabilidade do lar era percebido como “natural” e exclusivamente das mulheres, no entanto, ela defendia que fossem as instituições a adequar-se às mulheres casadas e mães de família. Reforçando-se, assim, paradoxalmente o modelo ‘ideal de feminilidade’ que as subordina e oprime tanto no espaço privado como público, com reflexos no desenvolvimento dos percursos de formação e de profissionalização, esta enfermeira encontrava-se na linha de advogar o trabalho das mulheres, mesmo casadas. Na realidade, frequentemente “os dominados aplicam categorias construídas do ponto de vista dos dominantes às relações de dominação, fazendo-as assim parecer naturais” (Bourdieu, 1999: 30). A não consciência deste facto (e de outros semelhantes) condicionou a tomada de decisão, o agir estratégico e intencional, libertador e emancipatório (Freire, 2005). Esta posição pode ser analisada como pioneira, na linha do preconizado na Plataforma de Acção de Pequim (1995), em que se defende a conciliação entre a vida profissional e a vida privada como princípio e medida de paridade.

Poderemos talvez afirmar que o controle ideológico do regime era de tal modo avassalador - não esqueçamos a censura - que mesmo o discurso crítico era atravessado pela feminilidade enfatizada da maternidade (Magalhães, 2005).

O diploma legal em causa foi “interpretado no sentido de só abranger os serviços de internamento hospitalar”¹¹⁵ e em relação “aos estabelecimentos hospitalares oficiais”¹¹⁶. Esta retórica constituía uma forma de o regime minimizar a situação já

¹¹⁵ Preâmbulo do Decreto-lei nº 44923, de 18 de Março de 1963.

¹¹⁶ Nem nos hospitais oficiais era rigorosamente cumprido, como nos referiu Maria Diogo, mas cujo “preço” sobre as vidas pessoais e familiares das enfermeiras era demasiadamente elevado. Irene Pimentel (2000), invocando os resultados do inquérito realizado pela Inspecção Social, em 1955, considera, também, a existência de “várias formas de escapar à lei” (ibidem: 42). Todavia parece-nos ligeireza dizer que as formas de vida clandestina eram maneiras de “escapar à lei”,

que estava a perder a legitimidade neste domínio. Mais ainda, não era 'só', pois a proibição em si mesma, para além de ser demasiadamente grave para as pessoas concretas, nas suas vidas pessoais, os hospitais constituíam consideráveis entidades empregadoras de enfermeiras laicas. Segundo o legislador, o recrutamento de pessoal de enfermagem para estabelecimentos oficiais, nesse contexto, tornava-se complexo (ibidem) pelo que decidia o estado dar nova redacção ao decreto, sem quebrar "os princípios que o ditaram" (ibidem). Estava-se em Março de 1963, numa fase de guerra colonial e de abertura e reorganização de vários serviços (e escolas). Pelo teor do novo articulado legal (preâmbulo e redacção do parágrafo), a alteração decorria, primordialmente, de pressões estruturais e não tanto pela transformação da ideologia vigente. Aliás, reafirmavam-se as razões que presidiram a tal decisão, não se considerando ultrapassadas. Pelo contrário, reconheciam-se as vantagens de contribuir, sempre que possível, através de medidas legislativas para o afastamento da "mulher casada de preocupações e ambientes estranhos ao seu lar, onde lhe está[va] reservada a mais nobre missão" (ibidem). Prossegue o legislador afirmando que, no caso particular das enfermeiras dos serviços hospitalares, outros motivos aconselham o seu afastamento, nomeadamente "a irregularidade de horários e a natureza absorvente das funções" dificilmente coadunáveis com "os deveres de esposa e mãe" (ibidem).

Neste contexto, ao exercício hospitalar, para além da situação até aí vigente, enunciada em primeiro plano, passam a poder ser admitidas

(...) mulheres casadas e viúvas com filhos, quando as necessidades de serviço aconselhem essa admissão, a qual implicará, sempre que possível, o estabelecimento de horários que melhor se ajustem às particulares condições familiares das tirocinantes ou enfermeiras¹¹⁷.

Assim, num contexto de carência de pessoal e de contestação social a esta norma, as enfermeiras casadas tiveram possibilidade de legalmente exercer a profissão em estabelecimentos oficiais ou privados, sendo que as condições de horários advogadas, à boa maneira portuguesa, se constituíram figuras de retórica.

quando até aos filhos elas precisavam de chamar de "sobrinhos", para não serem expulsas da função pública, como as enfermeiras do Hospital Júlio de Matos referidas pela enfermeira Maria Diogo, ou viverem o que ela própria viveu, o calabouço.

¹¹⁷ Decreto-Lei nº 44923, de 18 de Março de 1963.

Debruçámo-nos sobre a acção reguladora do estado, jogada num contexto de luta, resistência, dissentimentos e assentimentos, nos domínios da esfera pública e privada, através dos discursos políticos das entidades governamentais, dos responsáveis oficiais pela formação em enfermagem e das enfermeiras, nos seus próprios termos. Em termos concretos, como se terá feito sentir este jogo no domínio da formação? Que continuidades e rupturas emergiram deste processo em mudança? Qual a acção dos/as enfermeiras enquanto sujeitas e sujeitadas? Constituem-se interpelações a desenvolver de seguida.

2.2.2. Valorização mitigada da formação, hierarquização e genderização?

Entre a precariedade e a des/profissionalização da formação (com ênfase para a prática de cuidados), a análise da situação, até 1964, confere tonalidades cinzentas ao quadro traçado. O desinteresse da população, a estagnação da profissão (quantidade e qualidade) e impregnação de uma cultura escolar rotineira, “difícil de vencer” (Ministério da Saúde, 1966: 4) constituíam os contornos do esboço traçado. Os cursos desenvolviam-se à margem da definição de quaisquer objectivos, orientavam-se, meramente, para o/a doente hospitalizado/a (salvo excepções de algumas escolas já por nós mencionadas) sem qualquer preocupação com a reabilitação. Os planos de estudo reflectiam o interesse e preocupação com “o fazer”, isto é, numa absoluta descoordenação entre a teoria/prática, os programas espelhavam as concepções subjectivas dos/as professores/as (geralmente médicos) em relação à enfermagem. Perante tal quadro, facilmente se percebe “a ausência de programação e até orientação dos estágios”¹¹⁸ na maioria das escolas” (Ministério da Saúde, 1966: 5). A carência de professores era tanta que o ratio docente/estudante numa das escolas era de 1/140, sendo média de 1/40, mantendo-se a situação enunciada já na década quarenta (ibidem).

A revisão de 1965 mantinha os pressupostos de hierarquização, destacando-se, porém, alguns princípios que permitiram enriquecer a formação (Ministério da Saúde de 1966; Carneiro, 2003), da qual realçámos: o enfoque na enfermagem, a integração da enfermagem de saúde pública e a revalorização do ensino prático em articulação com o ensino teórico.

¹¹⁸ Sublinhado na obra.

O curso de enfermagem visava, agora, preparar profissionais para trabalhar tanto nos serviços hospitalares como nos de saúde pública (Ministério da Saúde de 1966). A integração da enfermagem de saúde pública, para além de ser apanágio de algumas escolas (embora em número muito reduzido) encontrava eco nas recomendações da OMS, que considerava a enfermagem crucial na implementação destes serviços (Carneiro, 2003), por um lado. Por outro, os hospitais começavam a ser entendidos como instituições que visavam não só o tratamento, como também a reabilitação e a prevenção da doença. Portanto, os planos de estudos e programas foram re/conceptualizados e enriquecidos numa perspectiva tridimensional: “preventiva, curativa e de reabilitação”¹¹⁹. Impunham-se, assim, transformações substanciais nos processos formativos, quer em termos de conteúdo, quer de forma. Aliás, as medidas introduzidas tinham sido publicamente preconizadas (e nem todas foram introduzidas), por algumas enfermeiras, alguns anos antes, revelando racionalidade, visão estratégica, tenacidade e empoderamento pouco consentâneos, quer com o ideal de ‘enfermeira’ quer com o ‘ideal de feminilidade’ defendido pelo regime. Tal facto vem pôr em causa o pensamento homogeneizante (Pimentel, 2000) que o regime se esforçava por veicular, nomeadamente através do silenciamento de perspectivas científico-pedagógicas sólidas e emancipatórias.

Já no início da década de cinquenta, isto é, numa fase em que o regime teimava em manter a enfermagem à margem dos processos que só a si lhe diziam respeito, a enfermeira Dília de Almeida Ribeiro¹²⁰ salientava publicamente as vantagens de “uma boa integração do ensino teórico e da experiência prática” (Ribeiro, 1949/50: 29), cuja convergência deveria ser orientada para as necessidades formativas das alunas¹²¹ de modo a “resolver os problemas que se apresenta[va]m no exercício da profissão” (ibidem) e não para os serviços que a aluna podia prestar ao hospital durante o período da sua aprendizagem. Considerava, ainda, que tal só poderia acontecer “quando em todas as escolas a condição de aluna fo[sse] respeitada” (ibidem), ou seja, denunciava não só a existência de percursos de formação estribados no desrespeito pelas alunas, como a sua discórdia face aos mesmos. Defendia a inclusão das disciplinas de

¹¹⁹ Ponto 1, Decreto nº 46448, de 20 de Julho de 1965.

¹²⁰ Monitora da Escola de Enfermagem da Escola de S. Vicente de Paulo. Integrou, entre outros, o grupo de trabalho concepor do Plano de Estudos, de 1977.

¹²¹ A autora recorre de forma sistemática e explícita ao feminino.

enfermagem de saúde pública, “pedagogia e didáctica e administração de serviços de enfermagem” (ibidem) no plano de estudos do curso, dado que a natureza das funções de enfermagem implicava o desenvolvimento de actividades de “ordem pedagógica e administrativa” (ibidem), independentemente do lugar hierárquico ocupado. Face às exigências profissionais, advogava superiores habilitações académicas de acesso (ibidem). Estavam em jogo sólidas concepções de enfermagem e do que hoje designamos de andragogia. Para além das alterações curriculares, atribuindo-lhe relevância similar, propunha a mudança de paradigma de formação. Nas suas palavras,

[o] ensino magistral deverá sofrer uma transformação em benefício de métodos dinâmicos que exigem da aluna uma participação activa. Ela deve aprender a trabalhar pessoalmente, a documentar-se por si própria e sobretudo a criar um espírito de curiosidade científica e o desejo de aperfeiçoar cada vez mais os seus conhecimentos.(...) Torna-se necessário ainda cultivar-lhe qualidades de bom contacto humano: A melhor maneira da escola o conseguir será pelo exemplo que der educando a aluna individualmente, considerando as suas alegrias e preocupações, os seus interesses, procurando compreendê-la antes de tentar torná-la melhor, e ajudando-a a resolver os seus próprios problemas. (...) o ambiente no qual decorrem os estudos deve harmonizar-se com o espírito de iniciativa e o sentido de responsabilidade que se pretende desenvolver na aluna. A escola mais do que normas rígidas e uma disciplina forçada deve educar na futura enfermeira a auto-disciplina e desenvolver-lhe a coragem de afirmar as suas opiniões (Ribeiro, 1949/50, 28-29-44).

A centralidade na aprendizagem, na resolução de problemas e a emergência de sujeitos e da sua voz de agência constituem-se pontos estruturantes de um pensamento vanguardista em torno do ensino e do exercício profissional, que o estado preferia preterir a favor da ortodoxia médica. Depreende-se das palavras por si enunciadas, que as qualidades humanas não se estribam numa lógica biologizante e inata prontas a serem modeladas, antes, perspectiva o seu desenvolvimento a partir da emergência dos sujeitos. Constituem-se factos reveladores de rupturas conceptuais profundas em relação ao pensamento dominante em torno das enfermeiras e da profissão, à época. Em síntese, a enfermeira, já aí, não só sugeria como divulgava um paradigma completamente diferente do que emergia das políticas em vigor e dos discursos de (alguns) responsáveis oficiais pela formação em enfermagem.

A remodelação do ensino de 1965 estribou-se em alguns dos pressupostos enunciados. Os/as alunos/as, em estágio, passaram a ter orientação pedagógica de monitores e auxiliares de monitores¹²², que também regiam aulas teóricas e

¹²² Artigo 27º, do Decreto nº 46448, de 20 de Julho de 1965.

práticas, tendo em vista a mobilização dos conhecimentos adquiridos. O hospital passou a ser perspectivado num contexto de “aprendizagem contínua” (Ministério da Saúde 1966: 16), em vez de ser entendido como até aí, um local de “treino” (ibidem). Os estágios passaram a incluir demonstrações, conferências e discussões dos planos de cuidados de enfermagem. O modelo que assentava na abordagem teórica, seguida da aplicação prática (ibidem), mantendo-se o binarismo teoria/prática, havendo, contudo, preocupação em assegurar a articulação entre as duas dimensões. De acordo com o Relatório do Ministério da Saúde (1966: 16), “[o]s monitores deixaram de “vigiar” os alunos e passaram a ter a tarefa mais importante no curso de enfermagem, ou seja, a orientação e ensino individual constante”, tendo os métodos utilizados na escola sido revistos, de modo a apelar à participação activa dos alunos (ibidem). Exigiam-se habilitações académicas de acesso acrescidas¹²³, prevendo-se a aplicação de medidas transitórias a aplicar no período de cinco anos¹²⁴, sendo que a ETE, a partir de 1964, só admitia alunas com 7º Ano incompleto, desde que se comprometessem a terminá-lo, constituindo-se condição indispensável à obtenção do diploma (Regala, 1971).

No que se refere ao curso de auxiliares de enfermagem, passou a ter duração a duração de 18 meses¹²⁵, englobando 6 meses de estágio, sob completo escrutínio das escolas, integrando um estágio de seis meses. É de referir que o Curso de Enfermagem Geral mantinha a duração de três anos, na sequência da remodelação do ensino de 1952¹²⁶. Tal como aquele, o curso de auxiliares de enfermagem envolvia formação nos domínios hospitalar e de saúde pública (Ministério da Saúde, 1966), e visava a preparação de pessoal “para ajudar os enfermeiros em certos aspectos – os mais simples – dos cuidados de enfermagem” (ibidem: 14). Parece desenhar-se uma tentativa de delimitação da área da actuação dos/as auxiliares de enfermagem e dos/as enfermeiros/as, procurando maior envolvimento dos segundos na prestação de cuidados de

¹²³ Exigia-se o 1º ciclo dos liceus para o Curso de Auxiliar de Enfermagem; 2º ciclo dos liceus para o Curso de Enfermagem Geral; 3º Ciclo dos liceus, três anos de exercício de enfermagem e CEG para o Curso Complementar; e respectivamente o CEG ou CAE, para os Cursos de Enfermagem Geral Especializados e Curso de Auxiliares de Enfermagem Especializado (Decreto nº 46448, de 20, de Julho de 1965).

¹²⁴ Artigo 11º, Parágrafo 2, do Decreto nº 46448, de 20 de Julho, de 1965.

¹²⁵ Ibidem, alteração da redacção do artigo 2º, do Decreto-Lei nº 38884, de 28 de Agosto de 1952.

¹²⁶ Artigo 9º, Decreto nº 38885, de 28 de Agosto de 1952.

enfermagem. Deste modo, parece-nos que se procurava revalorizar a prática de cuidados. Neste contexto, não deixa de ser paradoxal que a avaliação dos AE incidisse, basicamente, em “conhecimentos práticos de enfermagem” (Ministério da Saúde de 1966: 17), desvalorizando-se implicitamente a teoria considerada em plano de estudos fundamental aos cuidados prestados. Constituem-se mensagens, no campo da valorização de saberes teóricos, que re/produzem os sujeitos, numa fase em que já se investia na teorização em enfermagem (Kérrouac et al 1996; Alligood e Tomey, 2004). Contribuía-se, em parte, para a construção da resistência na aplicação dos conhecimentos emergentes da disciplina de enfermagem e para valorização, por vezes acrescida, dos que provinham de outras áreas disciplinares (Meleis, 1991). Tal decisão decorre da manutenção do pensamento moderno e das dicotomias binárias que o caracterizam, nomeadamente teoria/prática, concepção/execução e trabalho manual/trabalho intelectual. A cisão entre o conhecimento técnico e a prática de cuidados contribui para a construção de uma profissão dividida na sua própria concepção face ao seu objecto de trabalho (Sousa, 1995). De acordo com Meleis (1991), o distanciamento entre teóricos e práticos e o recurso às teorias como base de estruturação de currículos escolares, em algumas situações, contribuiu para a distorção do seu sentido original, fazendo com que os/as alunos/as as entendessem (às teorias) como esotéricas e sem sentido para a prática de cuidados, contrariamente ao esperado.

Ainda que, no Relatório do Ministério da Saúde (1966), se perceba a tentativa de chamar o processo de cuidados de enfermagem para o centro dos percursos formativos, tal princípio encontrava-se, desde logo, comprometido, na medida em que o estado apostou fundamentalmente na formação de auxiliares (quadro 2). Em 1963, as/os auxiliares de enfermagem constituíam cerca de 55,8% do total do pessoal de enfermagem em serviço em estabelecimentos de saúde, percentagem que aumenta gradualmente para atingir cerca de 60,8%, em 1969. Tendência que se acentua na década de setenta (Araújo, 2004; Amendoeira, 2006), aquando da criação de escolas de enfermagem regionais (Luz, 2005), cujo objectivo se centrava na formação, quase exclusiva, de auxiliares de enfermagem (Sousa, 1983).

Quadro 2. Distribuição do pessoal de enfermagem em serviço nos estabelecimentos de Saúde, por níveis de formação e por sexo, em Portugal Continental e Ilhas, no período de 1963-1969

ANO	Enfermagem			Auxiliares de enfermagem		
	HM	H	M	HM	H	M
1963	4138	1657	2481	5225	1192	4033
1966	4284	1741	2543	6477	1438	5039
1968	4715	1976	2739	7137	1501	5636
1969	4821	1958	2863	7485	1696	5789

Fonte: Adaptado de Araújo, 2004.

Nota: A sequência temporal apresentada resulta dos dados disponíveis.

Prosseguindo a análise do quadro, embora a ‘feminização’ incida em ambos os grupos, é substancialmente superior no grupo de auxiliares de enfermagem, cuja percentagem mínima (77,2%) é atingida em 1963 e a máxima (79%), em 1968. No grupo de enfermagem, a percentagem de população feminina atinge o valor máximo (60%) em 1963, e o mínimo (58,1%) em 1968. Dito de outro modo, a diferença numérica entre homens e mulheres é bastante mais evidente no grupo de auxiliares de enfermagem do que no de enfermagem geral. De facto, a base da pirâmide hierárquica, mais associada à prestação directa de cuidados, fortalecia-se e solidificava-se à custa de uma maioria feminina.

Neste contexto, é ainda de referir que os/as auxiliares de enfermagem que pretendessem ser enfermeiros/as, tinham que fazer o curso desde o início, apesar de serem formados/as na mesma escola que os/as enfermeiros/as, sob um programa de duração inferior (18 meses) e de praticamente assegurarem a prestação directa de cuidados. Alguns/as “fizeram-no mas uma grande parte considerava inaceitável voltar aos ‘bancos da escola’ para aprender o que já sabiam fazer e faziam, na realidade” (Nunes, 2003: 315). Contudo, foi uma luta que se arrastou por mais de uma década. Este assunto será retomado, no capítulo seguinte, interpretando-se as vozes das narradoras.

É por este conjunto de fenómenos associado à manutenção da legislação publicitada nas décadas de anteriores que reiterava a construção da profissão no “feminino” (tal como anteriormente referimos) que em articulação com o quadro conceptual norteador desta pesquisa, se argumenta a genderização da formação. Genderização, no sentido de acentuar a estereotipia de género numa profissão,

neste caso, do estereótipo da feminilidade enfatizada para o interior da profissão de enfermagem¹²⁷. Prefere-se, no contexto desta pesquisa, utilizar o conceito de genderização, em vez de 'feminização', pelo facto de este conceito apelar a uma lógica relacional. No campo profissional, isto significa que, para além de uma genderização no feminino, existe uma genderização no masculino, com consequências em termos da pirâmide social da hierarquização das profissões. Outras medidas se destacam decorrentes da revisão de 1965, nomeadamente a sugestão de abertura de uma "Escola «Superior» de enfermagem" (Relatório do Ministério da Saúde de 1966: 31), a Escola de Ensino e Administração de Enfermagem¹²⁸, tendo em vista a formação de líderes e docentes de enfermagem. É de referir também que, nesse mesmo ano, foram criadas três carreiras em enfermagem: a carreira hospitalar, a carreira de saúde pública e a carreira de ensino¹²⁹. Estes assuntos serão retomados aquando da interpretação das Histórias de Vida.

Após este breve percurso retrospectivo sobre a elaboração e promulgação de políticas de formação em enfermagem durante o regime Salazarista, onde se realçaram o controlo, a regulação, a resistência, a luta, as tensões e contradições inerentes aos processos de mudança, prossegue-se em relação aos desenvolvimentos no Estado Democrático.

3. O ESTADO DEMOCRÁTICO E O UNIVERSAL NEUTRO NAS POLÍTICAS DE FORMAÇÃO

A (re) organização do ensino de enfermagem, nomeadamente a passagem a um nível único de formação, a integração (tardia e complexa) no ensino superior e a criação da Ordem dos Enfermeiros, constituem-se dimensões estruturantes da abordagem a que nos propomos. A primeira integra-se na etapa que designamos de *Mudanças com os ventos de Abril*. As outras inscrevem-se na fase de *Difícil resgate de espaços e vozes*. A relevância daquelas dimensões neste trabalho decorre, quer do envolvimento e agência das narradoras para que se passasse de

¹²⁷ Noutras profissões, a estereotipia surge associada à masculinidade hegemónica, reforçando os traços socialmente atribuídos ao masculino dominante, como por exemplo engenharia, medicina nas primeiras fases do seu desenvolvimento, sem falar no futebol ou outras áreas ligadas ao desporto.

¹²⁸ Criada pela Portaria 25539, de 27 de Fevereiro de 1967, funcionou no ano seguinte.

¹²⁹ Decreto-Lei nº 48166, de 27 de Dezembro de 1967.

um sonho ancorado em finais da década cinquenta/sessenta (Amendoeira, 2006), concretizado quase trinta anos volvidos, quer dos desafios e oportunidades que representam para as vidas pessoais e profissionais amplamente perpassadas pelas relações sociais de género. No sentido de melhor se perceber e interpretar as especificidades das políticas de formação em enfermagem relativas às duas fases enunciadas, propomos uma breve abordagem enquadradora sobre as políticas educativas e as questões de género, no Estado Democrático.

3.1. Um breve olhar sobre as políticas educativas e as relações de género

Neste contexto, não se podem perder de vista as diferentes *nuances* socio-políticas e sociais que têm atravessado o Estado Democrático com reflexos nos sistemas educativos. A primeira fase, por nós estudada, coincide com a revolução de Abril de 1974, sendo esta a “marca genética da democracia portuguesa” (Rosas, 2004: 48). Uma democracia conquistada e não outorgada (ibidem) dava origem a uma “tremenda expansão e renovação das instituições da sociedade civil” (Stoer, 1986: 60). A educação assumiu um papel muito importante na conjuntura revolucionária, ainda que sob enfoques diversos em relação com os diferentes governos provisórios, com retorno a noções de consenso, bem como à inculcação ideológica, “mas, desta feita, através da actividade e controle populares” (ibidem: 61). Enquanto motor de desenvolvimento nacional, passou a ser entendida como um meio para a construção de uma sociedade democrática e socialista. No entanto, a partir da Primavera de 1976, os sistemas educativos entravam num período de «normalização» (ibidem: 70), com a educação a significar crescimento económico em estreita relação com a edificação de uma sociedade “meritocrática «moderna»” (ibidem). Segundo o mesmo autor, na década de noventa, a segunda fase por nós estudada, os sistemas educativos confrontavam-se com um novo mandato a que designou de “novo vocacionalismo” (Stoer, 1994: 3). Os apelos efectuados, sobretudo pelos políticos da educação, estribados nas novas necessidades económicas, exprimiam, em sua opinião, a subordinação da política educativa às preocupações conjunturais das políticas industrial e económica e abandono das tendências democratizantes prevalentes na década de 1970-80 (Stoer, 1994; 1986; Stoer, Stoleroff, Correia, 1990). Neste contexto, são os colectivos seriais desfavorecidos, nomeadamente o de mulheres, que mais sofrem os reflexos do capitalismo e da exploração que lhe

está subjacente. Facto que não pode ser descurado, em situação alguma, sobretudo nas profissões maioritariamente femininas como a enfermagem, que sofre, na actualidade, reflexos do neo-liberalismo.

Recentrando, agora, o olhar nas questões de género, constata-se que Portugal, com a Revolução de Abril, passou a dispor de um quadro jurídico-constitucional estribado no pressuposto da igualdade entre homens e mulheres “considerado como um dos mais avançados” (Ferreira, 1999: 199). O processo emergia da alteração abrupta da legislação existente, em que se defendia a subordinação das mulheres à norma masculina, impedindo-as, entre outras coisas, de “celebrar contratos e administrar bens sem o consentimento por escrito do marido” (Pimentel, 2000: 34), de exercer algumas profissões (ibidem) e em contrapartida se lhes impunha a “obrigação do serviço doméstico” (Ferreira, 1999: 200).

De acordo com Virgínia Ferreira (1999), entre 1974 e 1979, período de instauração e consolidação da democracia portuguesa, as mulheres viram a legislação inerente à sua condição social transformada em diversas áreas, nomeadamente no que se refere ao acesso a todas as carreiras profissionais, à ampliação do direito de voto, à cessação do direito dos maridos a violarem-lhes a correspondência, a não as autorizarem a sair do país e a anularem qualquer contrato de trabalho celebrado, à aprovação de um Código Civil em que desaparece a figura do ‘chefe de família’. Porém, segundo a investigadora, o processo decorreu por determinação das elites políticas, sem que o país o exigisse ou se opusesse. Deste modo, estabeleceu-se uma ordem jurídico-normativa que “difícilmente encontra pontos de contacto com um tecido social e económico pontuado de obstáculos à emancipação social das mulheres” (Ibidem: 201). Dito de outro modo, a igualdade jurídica é importantíssima, porém, tem contribuído para ampliar as oportunidades na vida das mulheres numa base individual e não numa base estrutural (Ferreira, 1999).

Em termos de educação/formação registaram-se inegáveis ganhos. Tal como refere Helena Costa Araújo (1998), se analisarmos apenas o acesso aos diferentes níveis de ensino, parece até não haver razões para preocupações. De facto, já em 2002, entre a população portuguesa com idade inferior aos 35 anos, habilitada com um curso superior, 67,1 % eram mulheres (CIDM¹³⁰, 2003). Daí,

¹³⁰ Actualmente designada de Comissão para Igualdade de Género.

decorre alguma perturbação social em torno do sucesso escolar das raparigas (Araújo, 2001; Fonseca, 2006) o que, associado à (aparente) igualdade de género subjacente às políticas sociais e educativas “mistifica duplamente a real desigualdade entre sexos, por um lado, porque dá uma ilusão de igualdade às próprias raparigas e, por outro, porque as pode culpabilizar pelo seu futuro insucesso” (Henriques e Pinto, 2002: 36). Um conjunto apreciável de trabalhos na área da educação continua a apontar para as desigualdades entre rapazes e raparigas (Araújo, 1998; Magalhães, 1998; Araújo e Henriques, 2000; CIDM, 2003; Fonseca, 2006).

Parece continuar a existir uma força invisível que impede as raparigas de conseguir a igualdade no mundo do trabalho e da política (Ferreira, 1999) e na esfera doméstica (Araújo 2001). Embora já exista predominância feminina em áreas outrora de escolha marcadamente masculina, como por exemplo: a Medicina, as Ciências Dentárias; as Ciências Veterinárias, a Arquitectura e o Jornalismo (CIDM; 2003), existem outras como a Metalúrgica e Metalomecânica, a Electricidade e Energia, a Electrónica e Automatação, que se mantêm predominantemente masculinas, tendo atingido taxas de ‘feminização’ inferiores a 20%, em 2001-2002 (ibidem). Da mesma forma, a Formação de Professores e Formadores, as Línguas e Literaturas, o Secretariado e Trabalho Administrativo, o Trabalho Social e Orientação, se mantêm maioritariamente femininas (ibidem).

Em termos de políticas educativas e de formação a desigualdade de género, para além de estar ocultada na problemática geral das questões de política de classe, é atravessada por algumas dimensões que ainda hoje lhes subjazem, entre as quais destacamos a linguagem ou falso neutro e o simbolismo inerente à diferente valorização social do feminino e do masculino.

Deste modo, as situações discriminatórias mantêm-se, assumindo formas mais dissimuladas, num contexto de uma falsa neutralidade de género, complexificando-se, assim, a sua identificação bem como a definição de estratégias de superação. “[U]m universal abstracto é um universal sem diferenças” (Crampe-Casnabet, 1994: 430) encobre as discriminações e as opressões e invisibiliza as mulheres. Dito de outro modo, “[é] um falso neutro porque não o é: é masculino” (Magalhães, 1998: 138). As instituições sociais, onde se inscrevem as de saúde e de formação/educação, estão organizados sob uma ordem predominantemente masculina.

O recurso ao masculino no plural genérico, por exemplo, através das expressões “os enfermeiros” ou “os alunos de enfermagem” quando queremos fazer referência a grupos maioritariamente femininos, reitera o carácter não democrático da língua portuguesa. O facto de ser a maioria nada vale (Subirats e Brullet, 1988) e se a isto associarmos as expressões depreciativas¹³¹ no género feminino, ficamos com a noção da perpetuação da subordinação das mulheres na sociedade, nomeadamente através da língua e, portanto, em todos os contextos de educação/formação, formal e não formal. Aliás, a problemática da discriminação das mulheres através dos sistemas educativos, não esteve na agenda central dos debates e, consequentemente, não constituiu o enfoque central das práticas desenvolvidas na Revolução de Abril (Fontaine, 1977). Como referem Fernanda Henriques e Teresa Pinto,

na área da Igualdade de Oportunidades em Educação, 1975 ou os anos imediatamente subsequentes não assinalam qualquer transformação relevante e, a haver um marco, estará ligado à década de oitenta e, simbolicamente, poderá apontar-se o ano de 1985 como charneira (2002: 33).

Para conclusão semelhante aponta o estudo de Maria José Magalhães, em que identifica 4 etapas, nas décadas de 1970-80:

a luta pela mudança do Código Civil entre 1970 e 1978; a campanha pelos direitos reprodutivos”, entre 1978 e 1984; uma fase em que as feministas lutam por colocar mulheres em lugares de direcção e chefia de organizações públicas (sindicatos, partidos, autarquias, etc) e de grupos que investiram num percurso de auto-consciência; e, finalmente, nos finais dos anos 80, uma fase de viragem para a produção de conhecimento sobre as mulheres (1998: 94).

Deste modo, a questão da educação/formação, como uma das formas de construir e aceder a cidadanias mais inclusivas, encontra recentemente o seu ponto de viragem, num contexto sócio-político já atravessado pelo recrudescimento das ideologias neo-liberais. Desafiando, assim, não só processos de consciencientização progressiva e abrangente, como de um agir estratégico conducente ao efectivo empoderamento dos/as cidadãos/ãs, nomeadamente através da formação formal e informal.

Após esta breve incursão sobre o panorama educativo em relação com a mudança social, nas fases em análise, fazendo realçar a igualdade jurídica que enforma as políticas sociais e educativas, sem que esta signifique igualdade de oportunidades de sucesso, importa reorientar o olhar para as especificidades

¹³¹ Repare-se que os insultos atingem, quase sempre, a dignidade feminina, por exemplo, “filho da puta”, “cabrão”, “corno”, seja na figura da mãe ou da esposa/companheira.

inerentes às políticas de formação em enfermagem ocorridas durante a Revolução de Abril.

3.2. As mudanças trazidas pelos ventos de Abril

Na década de setenta, já antes da revolução, as questões da formação e do desenvolvimento profissional eram profusamente debatidas e publicitadas. A enfermagem procurava por todos os meios prosseguir a profissionalização, mas debatia-se internamente com um complexo emaranhado de formações, o que dificultava ainda mais a integração no sistema educativo nacional e o processo de profissionalização.

Havia uma preocupação acentuada, não só em acompanhar os desenvolvimentos da formação e da profissão no contexto internacional e em os divulgar junto do grupo profissional, como também em investir no domínio da formação permanente no panorama nacional. Aliás, alguns investigadores consideram que, neste domínio, a Escola de Ensino e a Administração em Enfermagem trouxe “um novo impulso” (Amendoeira, 2006: 151).

No sentido de melhor contextualizarmos a centralidade das questões da formação de enfermagem, à época, faremos apenas uma breve referência a algumas publicações de enfermagem que dão conta do envolvimento de alguns/mas enfermeiros/as em actividades de formação a nível internacional, como por exemplo, no IX Congresso Mundial da Associação Internacional Católica de Enfermeiras e Assistentes Médico-Sociais (C.I.C.I.A.M.S) realizado em 1970, em Manila¹³². Eram também publicitados em revistas de enfermagem portuguesas os eventos internacionais e os assuntos debatidos, assim como os relatórios de algumas organizações de enfermagem internacionais, como por exemplo, o da C.I.C.I.A.M.S, onde a educação permanente, o ensino de enfermagem e a autonomia profissional (Hall, 1973¹³³) eclodiam nos discursos. Estrategicamente, quanto a nós, divulgavam-se no Relatório de Actividades da referida organização (1972), as actividades desenvolvidas e planeadas bem como a articulação da organização com outras instituições de cariz internacional. Afirma-se no mesmo documento que os peritos desta organização eram regularmente convidados para participar nos comités de peritos e eventos organizados pela OMS, para além de

¹³² C.I.C.I.A.M.S- Comité Internacional Católico de Enfermeiras e Assistentes Médico-Sociais.

¹³³ Comunicação apresentada no XV Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermeiras, realizado no México.

serem dotados de um “estatuto consultivo junto do Conselho da Europa” (ibidem: 171). Desta forma, legitimava-se a actualidade e a pertinência das problemáticas em agenda e contribuía-se, em nossa perspectiva, para a construção de sentidos de opinião dos/as enfermeiros/as portugueses sobre os mesmos.

Para além da realização de vários eventos temáticos no domínio da formação permanente, em Portugal, destaca-se o I Congresso Nacional de Enfermagem, em 1973, para a organização do qual se reuniram a Associação Católica dos Profissionais de Enfermagem e Saúde, a Associação das Enfermeiras e Enfermeiros Portugueses e a Federação dos Sindicatos de Profissionais de Enfermagem. Subordinado ao tema “Enfermeiros-Formação e Actividades”, culminou com a proposta à tutela¹³⁴, de integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional. As organizações profissionais estavam, pois, unidas contra o que consideravam “um dos factores mais responsável pelo estagnamento do «status» da profissão”¹³⁵, a marginalização do ensino de enfermagem do sistema educativo nacional.

Na mesma época, fazia-se sentir a contestação da heterogeneidade da formação em enfermagem, nomeadamente aos cursos especializados de nível básico (Santos, 1993). Assim, após a realização de um curso, estes profissionais passaram a ser equiparados ao Curso de Enfermagem Geral¹³⁶. Em 1972, era também criado um Curso de Promoção de Auxiliares de enfermagem, com duração de 21 meses. A par com os desenvolvimentos enunciados e apesar da resistência, lutas e investimentos dos/as enfermeiros/as no campo da formação e da profissionalização, de forma aparentemente paradoxal, o estado não só mantinha, como reforçava a formação de auxiliares de enfermagem por meio da ampliação da rede de escolas distritais. Deste modo, fomentava-se ainda mais o desequilíbrio da situação metaforicamente exposta como as “duas faces de uma moeda” (Amendoeira, 2006: 265).

Foi com os ventos de Abril, mais precisamente em Setembro de 1974¹³⁷, que se extinguia o curso de auxiliares de enfermagem, passando-se a um nível único de formação inicial. Como Collière refere (1989), os/as enfermeiros/as

¹³⁴ Ministério da Saúde e Assistência.

¹³⁵ Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 1977: 5

¹³⁶ Decreto n.º 346, de 30 de Agosto de 1972.

¹³⁷ Decreto-Lei nº 440, de 11 de Setembro de 1974. Decidia o estado conferir o título de enfermeiro de 3ª classe aos auxiliares de enfermagem, com 3 anos de serviço, ficando sujeitos ao curso de promoção, caso pretendessem progredir na carreira.

portugueses/as foram os/as únicos na Europa e no mundo a assumir a ruptura com uma situação que representava o desconhecimento do que de único proporcionam os cuidados ao corpo, bem como dos saberes e capacidades que exigem. Dava-se por terminada (juridicamente) uma situação estribada na existência de “«cuidados nobres» prestados por uma elite - de classe social ou intelectual – e «cuidados vis e subalternos» que são todos os cuidados próximos do corpo e que seriam apanágio de um pessoal «secundário»” (ibidem: 13). Neste sentido, constituía-se na opinião da investigadora uma “verdadeira revolução na história das mentalidades” (ibidem) que, no entanto, não foi isenta de tensões, mesmo no seio do grupo profissional. É de realçar, também, a distância do legislador em relação aos ideais desta revolução. Preocupava-se, sobretudo, em assegurar o estudo dos processos formativos subsequentes à emissão deste diploma legal no que se referia às actividades interdisciplinares. Afirmava-se que,

[a]o extinguir este curso, e tendo em vista as diferentes actividades de enfermagem ligadas à prestação de cuidados médicos ou de assistência hospitalar (actividades de enfermagem, propriamente dita, sanitária ou de saúde pública e administração hospitalar), estudam-se os novos moldes em que se deve focar o futuro curso de enfermagem, ao mesmo tempo que se atribui, mediante apreciação do curriculum, a categoria do enfermeiro de 3.^a aos antigos auxiliares de enfermagem¹³⁸.

Através das palavras do legislador, percebe-se uma concepção ambígua e redutora do campo de acção de enfermagem, pressagiando-se a continuidade das tensões no domínio da formação neste campo.

Em 1975, era regulamentado o novo curso de promoção profissional, designado de Curso de Promoção Profissional de Enfermeiros de Terceira Classe ¹³⁹ (CPPETC) que conferia equivalência ao CEG e tinha com um carácter essencialmente teórico, eventualmente completado com aspectos práticos de acordo com as necessidades dos enfermeiros de 3.^a classe. Neste contexto, os enfermeiros psiquiátricos de 3.^a classe que pretendessem ter acesso a todas as carreiras, para além da parte teórica, ficavam sujeitos a um estágio de quatro meses em hospitais reconhecidos, para o efeito, pela Comissão Nacional do CPPETC¹⁴⁰. O curso tinha a duração de oito meses.

¹³⁸ Ponto 7, Decreto-Lei n.º 440, de 11 de Setembro, de 1974.

¹³⁹ Portaria nº 107, de 17 de Fevereiro de 1975.

¹⁴⁰ Artigo 4.º, ibidem. A referida comissão era constituída por representantes de todos os sindicatos de enfermagem e da Secretaria de Estado da Saúde.

Esta etapa estava ultrapassada. Continuava-se estoicamente a desbravar caminhos, no sentido de atingir os requisitos mínimos cruciais ao processo de profissionalização, que marcam a etapa seguinte.

3.3. De 1988-2000: difícil resgate de espaços e vozes

As expectativas de integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional e a criação de um organismo dotado de competências de auto-regulação profissional eram forjadas desde a década de sessenta, como temos vindo a analisar. Em função de relatórios produzidos por enfermeiros/as em parceria com outros profissionais (Ministério da Saúde, 1966), (onde se reconheciam as funções e o estatuto em crescendo da profissão, do envolvimento e responsabilização progressiva, embora tutelada, dos/as profissionais de enfermagem nos processos que lhes diziam respeito), da formação realizada por enfermeiras em escolas superiores de enfermagem estrangeiras, com apoio do governo e da OMS (Sousa, 1983) começavam a corporizar-se essas possibilidades, de concretização morosa e complexa, interna e externamente. Com a integração do ensino de enfermagem no Ensino Superior do Sistema Educativo Nacional perspectivavam-se oportunidades de re/construção e ampliação de saberes e conhecimentos da disciplina e ciência de enfermagem, de participação sustentada na tomada de decisão e consequentemente de melhoria dos cuidados de saúde¹⁴¹.

Vale a pena lembrar alguns acontecimentos em décadas anteriores conducentes a esta etapa de integração no ensino superior politécnico. Assim, é de referir que, em 1968, já se previa o 'ensino de curta duração', tendo sido criados os Bacharelatos nas Faculdades de Ciências e Letras, com o objectivo de formar, sobretudo, professores/as de ensino secundário. De acordo com José Amendoeira (2006), esta iniciativa surgia como resposta à carência de docentes para aquele nível de ensino e à "crescente feminização destas faculdades" (Amendoeira, 2006: 231). Em nossa perspectiva, de facto era uma forma de controlar e restringir o acesso das mulheres a posições mais privilegiadas, mas também à mobilidade social ascendente¹⁴² na generalidade, decorrente da

¹⁴¹ Decreto-Lei nº 480, de 23 de Dezembro de 1980.

¹⁴² Esta foi a posição do regime evidenciada por diversos/as investigadores/as (Mónica, 1978; Stoer, 1986; Nóvoa, 1992, entre outros). Neste contexto, é de referir que não está em causa uma relação linear ou optimismo excessivo entre a abertura dos sistemas educativos e as

procura em crescendo dos sistemas educativos, nomeadamente por parte de mulheres, e da posição do estado face à mesma. De facto, as questões de género e de classe social, muito presentes na ideologia salazarista, consubstanciaram as políticas sociais adoptadas.

Na década de setenta, era criado o ensino superior politécnico, sob proposta do, então, Ministro da Educação Nacional, José Hermano Saraiva. Nesta repescagem de acontecimentos anteriores, relembremos que, em 1978¹⁴³, era instituído o ensino superior de curta duração tendente à formação de técnicos e de profissionais de educação de nível superior, onde se previa que, até ao final do ano lectivo 1979-1980, fossem definidas as condições necessárias à reconversão das escolas normais de professores de 1º ciclo e de educadores de infância. No que se refere às escolas enfermagem, o texto legal é sensivelmente o mesmo, à excepção do articulado final em que se admitia apenas essa possibilidade. O que se afirma é que “poderão ser reconvertidas em escolas superiores de enfermagem”¹⁴⁴, situação que ocorre dez anos depois. Neste contexto, a enfermeira Mariana Diniz de Sousa¹⁴⁵, em 1983, reiterava o seu descontentamento, quiçá a injustiça, perante a situação discriminatória do ensino de enfermagem em relação “a outros cursos com a mesma formação e as mesmas exigências” (Ibidem: 32). Persistia a inexistência de uma política estável sobre o ensino de enfermagem, desde 1971 (à data do discurso, isto é 1983).

Em nossa perspectiva, o legislador partia, desde logo, com reservas face ao ensino de enfermagem. Na realidade, a situação era complexa, em parte, consequência das políticas de formação adoptadas, amplamente perpassadas, delimitadas e condicionadas pelas relações sociais de género, ou seja, mediadas por relações de poder (Araújo, 2007) expressas sob diferentes formas, como vimos em pontos anteriores. Esta questão será retomada aquando da interpretação das narrativas.

oportunidades que estes ofereceram (e oferecem), nomeadamente às mulheres e às classes mais desfavorecidas e seus descendentes (cf. Arnot, 1996; Estanque e Mendes, 1999).

¹⁴³ Artigo 1º, da Lei nº 60, de 28 de Julho de 1978.

¹⁴⁴ Ibidem, artigo 2º, ponto 3.

¹⁴⁵ À época, dirigia o Departamento de Ensino de Enfermagem. Para além dos diversos cargos exercidos no âmbito do ensino de enfermagem, foi a primeira Bastonária da Ordem dos Enfermeiros.

Finalmente, foi em 1988¹⁴⁶, que a enfermagem se integrou no ensino superior politécnico, abrindo a possibilidade de acesso a diferentes graus académicos e contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados. Representou o acesso a domínios de conhecimentos diversos e variados, a oportunidade de ampliar a percepção do campo social e de conhecer e interagir com pessoas de culturas formações e experiências diversas, no que se refere tanto a professores/as como aos pares (Collière, 1989). Representa um desafio e uma oportunidade para a redução do fosso entre os “locais da prática profissional e os locais de reflexão, tornando os locais de exercício profissional em locais de acção ↔ reflexão” (ibidem: 202), que urge saber otimizar, nomeadamente por parte dos gestores de serviço. Em suma, constituiu-se um potencial para o desenvolvimento da profissão na interface com a excelência dos cuidados a que todos/as cidadãos/ãs têm direito. Por esta via, atenuam-se também os “símbolos sociais distintivos da profissão de enfermagem e da profissão médica” (Berger, 1992: 26) o que torna cada vez mais incompatível a aceitação, por parte dos/as primeiros/as profissionais, em se constituírem meros executantes das prescrições médicas (ibidem).

No contexto da integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, são ainda de referir as tensões inerentes ao subsistema a integrar, ou seja, as opiniões dividiram-se e dividem-se entre o ensino universitário e o ensino politécnico, como José Amendoeira tão bem problematiza (2006).

Na senda dos percursos de profissionalização, a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros¹⁴⁷ (REPE) e a Criação da Ordem, cujos estatutos integram, em anexo, o Código Deontológico, fizeram com que a última década do século XX se constituísse na “consagração máxima de autonomia da profissão de enfermagem” (Nunes, 2003: 343). Finalmente, o Governo reconhecia que os/as enfermeiras “constituem um corpo institucional idóneo para assumir a devolução dos poderes que ao Estado competem no que concerne à regulamentação e controlo do exercício, designadamente nos seus aspectos

¹⁴⁶ Decreto-Lei nº 480, de 23 de Dezembro, de 1988.

¹⁴⁷ Decreto-Lei nº 161, de 4 de Setembro de 1996, revistos pelo Decreto-Lei 104 de 21 de Abril de 1998.

deontológicos e disciplinares”¹⁴⁸. Como se afirma em diploma, a criação da Ordem dos Enfermeiros¹⁴⁹,

(...) responde, assim, a um imperativo da sociedade portuguesa de ver instituída uma associação profissional de direito público, que, em Portugal, promova a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento de normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem (Decreto-Lei 104, de 21 de Abril de 1998).

De facto, são aspectos relevantes em tempo de ‘crise’, coexistindo diversos sinais de desigualdades de género que atravessam a formação em enfermagem, ainda que em mudança. Aliás, um pouco à semelhança do que se passa na sociedade em geral, como temos vindo a observar, nesta secção.

Assim, segundo dados disponíveis pelo Observatório do Ensino Superior, no ano lectivo 2004/2005, a percentagem de população feminina que acedeu ao Curso Superior de Enfermagem é de 81,6% no ensino público, 80,1% no ensino privado e 42,3% no ensino público militar e policial politécnico. No último ano lectivo, 2006/2007, a percentagem atingida é ligeiramente inferior, 79,6%, tanto no ensino público, como no privado, não se dispondo da informação relativa ao ensino público militar e policial politécnico. Dito de outro modo, a segregação profissional e a divisão sexual do trabalho, ainda se mantêm em diversas áreas, nomeadamente em enfermagem (Simões e Amâncio 2004).

No que se refere à formação inicial, Lucília Escobar Araújo (2004), no estudo que realizou com jovens do 1º ano do Curso de Bacharelato em Enfermagem, onde procurava compreender a construção das estereotipias de género, constatou que as raparigas, pontualmente, davam preferência a trabalhos de pesquisa e outros que requeriam atitudes activas na escola, revelando a não assumpção completa do estereótipo de género. Porém, a maioria dos/as estudantes continua a associar a prestação de cuidados, quer na esfera privada quer na esfera pública, ao sexo feminino e revela uma representação da escola como internamente dividida segundo género. A autora refere, ainda, que prevalece a percepção entre os/as jovens de que os/as docentes recorrem a um padrão de tratamento distinto em função do sexo, consubstanciado por maiores exigências efectuadas às raparigas e, por alguma pressão no sentido das raparigas se adequarem a um comportamento estereotipado de feminilidade e os rapazes a um de

¹⁴⁸ Decreto-Lei 104, de 21 de Abril de 1998.

¹⁴⁹ Um exemplo claro de que a língua não é democrática.

masculinidade. Na realidade, os resultados sugerem um papel relevante da escola no sentido da construção diferenciada de géneros, numa perspectiva que favorece a inclusão das enfermeiras na cidadania de forma parcial ou como subordinadas (Pateman, 2003).

Outras perspectivas têm vindo a ser desenvolvidas, cujos resultados indiciam diferentes formas pelas quais, ainda na actualidade, as questões de género perpassam os processos, quer formativos, quer profissionais.

De acordo com informação obtida na Ordem dos Enfermeiros¹⁵⁰, a distribuição do pessoal de enfermagem por áreas de actuação¹⁵¹ e por sexo mantém sensivelmente a proporcionalidade global, à excepção da consultadoria, em que 75% são homens. Também num estudo realizado sobre o saber e o cuidar, dois elementos que estruturam a prática de enfermagem, Teresa Fernandes (1996) constatou (entre outros) que, enquanto as enfermeiras valorizavam mais a dimensão relacional da profissão “expressa na «*orientação para o outro*»¹⁵² conferindo-lhe o sentido de missão” (ibidem: 95), os enfermeiros associavam “a sua prática de enfermagem a uma definição conceptual da profissão ou a um saber mais centrado na doença e manifestando, simultaneamente, um distanciamento relacional comparativamente ao grupo das mulheres” (ibidem). São aspectos que revelam a força da socialização no que se refere ao cuidar, conferindo-lhe significações diversas (Luz, 2005) no contexto das relações sociais de género.

Joaquim Simões e Lígia Amâncio (2004), num outro estudo sobre a minoria masculina na profissão, partindo do modelo de assimetria simbólica (ver também Amâncio, 2002), procuraram comprovar a hipótese de que a imagem dos enfermeiros seria mais semelhante à imagem dos profissionais, em geral, do que a imagem das enfermeiras. A partir dos resultados obtidos através de um estudo experimental, elaboraram um questionário, que posteriormente foi aplicado a 171 pessoas internadas¹⁵³, 86 homens e 85 mulheres, onde se fazia referência a “profissionais de enfermagem”, “enfermeiros” e “enfermeiras”. A dimensão “empatia” surgiu com valores médios superiores no item enfermeiros 4,3, seguidos enfermeiras 4,2 e “profissionais de enfermagem” com 4,0. No que se

¹⁵⁰ Dados referentes a 31-12-2005.

¹⁵¹ Envolve a prestação de cuidados, a gestão, a formação, a consultadoria e a investigação.

¹⁵² Sublinhado da autora.

¹⁵³ Facto que pode ser lido como um limite do trabalho, tal como os próprios autores referem.

refere ao atributo “responsabilidade” registaram médias de 4,8 para os enfermeiros e profissionais de enfermagem e 4,6 para as enfermeiras. Cruzando o sexo dos respondentes e o atributo “humanos”, encontraram-se os mesmos valores médios para os enfermeiros e para as enfermeiras, sendo de 4,4 e 4,8 respectivamente atribuídos por homens e mulheres. Os homens consideram-no mais importante nos profissionais de enfermagem (4,6). Como referem os autores, a primeira conclusão aponta para o contributo superior das mulheres para juízos universalistas, procurando dessexualizar, tanto os enfermeiros como as enfermeiras, na apreciação das qualidades humanas. Os enfermeiros saem claramente favorecidos pelo olhar dos utentes em relação aos que lhes prestam cuidados de enfermagem. Salienta-se, ainda, a atenção das mulheres para comportamentos estereotipadamente femininos, que procuram perpetuar na esfera do trabalho, sem contudo os considerar como uma diferença entre homens e mulheres no quotidiano do trabalho. Como os autores referem,

a credenciação dos saberes é, sem dúvida, a via mais adequada para minimizar esses efeitos, nomeadamente ao nível do estatuto profissional. No entanto, o processo de profissionalização não é imune à influência do género: mais e melhor profissionalização, apesar de atenuar a carga sexual da profissão, não deixa de produzir novos arranjos, no seu seio, que remetem as mulheres para especialidades, funções e categorias “adequadas” à sua condição de mulheres, nem elimina o risco de masculinização das boas profissionais (ibidem: 7¹⁵⁴).

Neste contexto, a socialização no que se refere ao cuidar e a representação social da profissionalização das enfermeiras constituem-se aspectos que desafiam a formação em enfermagem, na actualidade. A inclusão alargada das enfermeiras na cidadania é, ainda, exige uma forte acção política por parte de todos/as .

Urge a legitimação dos saberes, a promoção da investigação neste domínio específico, a produção e divulgação de novos conhecimentos que permitam perceber o sentido das transformações e continuidades nas relações que subordinaram e subordinam as enfermeiras. Importa que os sistemas educativos em geral, e o de enfermagem em particular, desenvolvam um trabalho que promova a capacidade de auto-análise da condição de subordinação (que, por vezes, nem está no plano da consciência) bem como a definição de estratégias para a sua superação em direcção a uma cidadania verdadeiramente inclusiva.

¹⁵⁴ Do texto retirado da internet.

4. OBSERVAÇÕES FINAIS

Procurámos neste capítulo, através da conjugação das políticas de formação em enfermagem, dos discursos de entidades responsáveis pelo ensino de enfermagem e das/dos enfermeiros/as e os resultados de trabalhos de investigação compreender e interpretar as transformações e permanências da genderização dos percursos de formação. Previamente à análise que incidiu em fases concretas do Estado Novo e do Estado Democrático, procedeu-se à reflexão sobre a génese da formação em enfermagem. Enquanto na Inglaterra, berço da formação em enfermagem, foram enfermeiras que desencadearam os processos formativos, em Portugal, foi o sector médico. Constituindo-se, assim, uma situação particularmente complexa, na medida em que a formação se articula com as questões do cuidar como um campo de acção “naturalmente” conotado com o feminino, associando-se-lhe “o mais analítico, o mais sintético, o menos prestigiado” (Bourdieu, 1999: 79).

Neste contexto, as políticas sociais, onde se incluem as políticas educativas e de formação em enfermagem, elaboradas e promulgadas durante o Estado Novo, explicitaram, claramente, ideologias, e valores estribadas em relações de poder desigual no que ao género se refere. Foram socialmente instituídas, veicularam, deliberadamente, princípios que se constituíam como “norma de referência e senso comum” (Pinto e Henriques, 1999: 19), no sentido perpetuar o *ideal doméstico* nos, e pelos, percursos de formação em enfermagem. Os anos quarenta caracterizaram-se por uma forte acção reguladora do estado, quer sobre o ensino, quer sobre a vida privada das enfermeiras e pela implementação de uma política de formação minimalista e hierarquizada, construída à margem da enfermagem apesar de existirem, no país, modelos inovadores. Nesta medida, as enfermeiras foram incluídas no mundo de trabalho e na cidadania na condição explícita de subordinadas. Contudo, tais pressupostos não se impuseram (nem se impõem) de forma unilateral ou unívoca (Apple, 2001). Deste modo, algumas enfermeiras forjaram percursos em direcção à autonomização profissional e pessoal, sendo mais notórios em relação à primeira dimensão do que à segunda. É de realçar a coragem das enfermeiras para publicarem as suas perspectivas em alternativas ao pensamento do regime, apesar da censura, do “lápiz azul”, como constatamos nas publicações consultadas.

Na década de sessenta, são perceptíveis mudanças, algumas das quais no sentido, de certo modo, desenhado e proposto pelas enfermeiras. Porém, a expansão do ensino fez-se sobretudo à custa da subvalorização da prática de cuidados que vem a ser maioritariamente assegurada por mulheres. A par com discursos construtivistas sobre a educação, investia-se em formação diversificada e restritiva em estreita relação com as necessidades do trabalho, dando origem a uma heterogeneidade de cursos de enfermagem e de auxiliares de enfermagem.

O período que antecedeu a revolução ficou marcado por mensagens contraditórias na área da formação. À semelhança do que ocorria no panorama educativo nacional, a procura da formação ao longo da vida intensificava-se. Em simultâneo, o estado continuava a investir numa lógica minimalista e em relação com as necessidades do trabalho, numa estreita articulação economicista entre a expansão do sector da saúde e a formação em enfermagem.

Foi no pós-revolução de Abril, que os/as enfermeiros/as conseguiram um fenómeno inusitado no contexto internacional, a passagem a um nível único de formação. Representava a revalorização dos cuidados de enfermagem e dos conhecimentos técnico-científicos que lhe estão subjacentes, constituindo-se, simultaneamente, uma via de mobilidade social ascendente para as/os auxiliares de enfermagem (AE). No entanto, a integração no ensino superior e a autonomia profissional (relativa) só foram conseguidas nos doze últimos anos do século XX.

A formação em enfermagem tem vindo a afirmar-se num contexto de luta e resistência. No que se refere às relações sociais de género, pese embora a igualdade entre homens e mulheres esteja juridicamente instituída e o sucesso na formação seja, (no período em análise), em crescendo, as desigualdades de género desafiam a uma acção política. O *resgaste de espaços e vozes* continua a imperar na enfermagem, bem como na sociedade em geral.

Na medida em que as vozes das biografadas são centrais nesta pesquisa, apresenta-se, de seguida, uma breve análise no campo das políticas nos seus próprios termos.

CAPÍTULO V. VOZES DAS NARRADORAS REVISITAM POLÍTICAS

INTRODUÇÃO

Como vimos anteriormente, o estado desempenhou e desempenha um papel fundamental na regulação de identidades genderizadas, através da veiculação, modelação e integração de arquétipos de género nas políticas sociais e de formação, “na medida em que não apenas “actua” sobre os sujeitos, como os constrói activamente em formas particulares de género” (Magalhães, 2005: 402), ao longo dos tempos. A partir da voz das narradoras, revisitam-se políticas que directa ou indirectamente condicionaram a formação em enfermagem, procurando desocultar a forma como foram experienciadas e sentidas ou não como condicionantes na construção das suas identidades genderizadas (Marshall, 1994) e no desenvolvimento de uma profissão que se mantém maioritariamente feminina, em articulação com a mudança social.

Deste modo, mantém-se o Estado Novo e o Estado Democrático como períodos estruturantes da interpretação, respeitando-se as lógicas referidas pelas narradoras, em relação a cada um deles. Assim, continuidades e descontinuidades subjacentes às políticas de formação, promulgadas na primeira fase, serão abordadas no contexto de décadas sucessivas, enquanto no que se refere à segunda, o período pós-revolução e a década de oitenta constituem marcos de referência.

O carácter regulador, opressivo e de obstaculização constante ao desenvolvimento do ensino de enfermagem constituem traços que perpassam as políticas de formação promulgadas durante a vigência do Estado Novo, na voz das narradoras, ainda que sob *nuances* diferentes ao longo dos tempos. Neste sentido, são tecidas considerações breves sobre as primeiras produções jurídico-normativas, assumindo contornos mais críticos e profundos, a partir daí, sobretudo no que se refere aos acontecimentos relacionados com as duas últimas décadas. Apesar do já referido cariz redutor e centralizador, um esboço de democratização emerge das políticas produzidas no período que antecedeu a Revolução de Abril.

No que se refere às políticas promulgadas no Estado Democrático, e concretamente no pós revolução, realçam-se as lutas pela atenuação das

desigualdades sócio-profissionais, mantendo-se, na prática, em termos de género. A ampliação das oportunidades de acesso à formação permanente e as formas como foram percebidas e concretizadas constituem outras perspectivas referenciadas. A década de oitenta é referenciada como o início de um “novo ciclo” na enfermagem, consubstanciado em algumas mudanças no âmbito das relações de género e na promulgação de legislação inerente ao processo de autonomização profissional. A proliferação do ensino privado, cujos desenvolvimentos formativos ficam, de certo modo, ao critério dessas instituições, constituindo uma das preocupações centrais da actualidade.

É de referir que prevalece a noção do papel bastante constrangedor do estado (e de algumas instituições de ensino) em relação ao desenvolvimento e consolidação da formação em enfermagem. Contudo, a articulação entre este fenómeno e as questões de género emerge de forma ténue e restrita a algumas questões. Por vezes, referem-se a medidas políticas concretas que foram conotadas com o ‘feminino’ e que, de um modo geral, são parcialmente problematizadas por elas com base na discriminação que lhes está subjacente.

É de referir que, face ao envolvimento activo e às vozes implicadas destas narradoras na construção de políticas de formação (e profissionalização) em enfermagem, estrategicamente decidiu conferir-se à agência, nomeadamente neste domínio, um espaço próprio, na pesquisa. Assim, esta dimensão integrar-se-á num outro capítulo. Assumimos, desde logo, a necessária complementaridade entre estes dois capítulos, como condição para a compreensão da problemática à luz do quadro de referências que sustenta esta investigação.

1. FORÇANDO MUDANÇAS NAS POLÍTICAS PROMULGADAS PELO ESTADO NOVO

No que se refere às políticas promulgadas durante o regime salazarista, destacam-se: a fragilidade e as falsas moralidades que as atravessam na modelação da vida das enfermeiras no espaço público e privado como linhas de força marcantes na década de quarenta; segue-se uma fase, os anos cinquenta, caracterizados por um novo olhar sobre as escolas, sem que a legislação contemplasse, de forma notória, as especificidades e a autonomização do ensino face aos hospitais; com a década seguinte, surgem algumas mudanças que não eram susceptíveis de ser pensadas até aí, e muitas continuidades, em estreita

articulação com a pequena abertura dada pelo governo, as opressões, os conflitos e as lutas. Finalmente, a década de setenta tem como pano de fundo a subtileza do regime na expansão minimalista do ensino e a centralização, coexistindo um esboço da gestão democrática das escolas.

São de salientar, aqui, as diferentes leituras que as narradoras fazem entre si, da formação de auxiliares de enfermagem, bem como a referência à evolução da proibição do casamento das enfermeiras hospitalares, praticamente, a única medida explicitada como política de interferência do papel do estado na esfera privada.

1.1. Década de quarenta: debilidades e falsas moralidades modelando vidas

A acção reguladora do estado sobre a vida privada e sobre a construção das identidades genderizadas foi trazida a debate, emergindo alguns discursos salpicados pelo desacordo e outros pela forte interiorização e naturalização das diferenças de género, na esteira de concepções dominantes estribadas em ideias de 'domesticidade' feminina. Os tópicos chamados à discussão prendem-se globalmente com a incipiência das políticas de formação e com a proibição do casamento das enfermeiras hospitalares. Na medida em que as políticas de formação conformam a acção que o estado pretendia ter, de forma explícita e implícita, sobre as vidas profissionais e pessoais, visando a integração das enfermeiras no espaço de cidadania claramente como subordinadas, houve alguns aspectos que, na perspectiva adoptada aqui, careciam de maior articulação no que se refere às relações sociais de género. Neles se integram: o apertado controlo e regulação com repercussões desfavoráveis no processo de profissionalização e na autonomização dos sujeitos; a normalização do ensino de enfermagem numa lógica minimalista, construída à margem dos/as profissionais, quando já existiam dois modelos inovadores; a hierarquização, cujo nível mais baixo, entroncava na prestação de cuidados, sendo que era a este nível que se acentuava a feminização; e a preferência feminina que é, basicamente, abordada como constatação.

1.1.1. “As primeiras políticas de formação tinham muitas debilidades”

Como refere a enfermeira Maria Francisca Soares, “as primeiras políticas de formação em enfermagem surgiram na década de quarenta, mas com muitas debilidades e fragilidades”. Não são, contudo, efectuadas considerações mais aprofundadas, o que pode ser explicado, quer pelo estágio embrionário das políticas de formação em enfermagem, na época, quer pelo facto da experiência das nossas narradoras, nesta fase, se circunscrever fundamentalmente ao âmbito da discência, sendo que, a partir da década de sessenta, se revelaram, de um modo geral, importantes agentes sociais de mudança. Esta última perspectiva pode assumir ainda mais sentido, na medida em que esta narradora participou activamente na elaboração e promulgação das políticas de formação em enfermagem e desenvolvimento profissional, ou seja, desde que tal foi oficialmente possível.

Importa, de seguida, compreender e interpretar as alusões relativas à acção reguladora do estado sobre alguns aspectos da vida privada.

1.1.2. A questão da proibição do casamento das enfermeiras hospitalares

Esta problemática foi abordada sob perspectivas diferenciadas. O desconhecimento do diploma legal, as estratégias adoptadas pelas enfermeiras e as consequências que lhe estavam adstritas, as explicações encontradas para a sua promulgação constituem pontos de vista trazidos a debate pela voz das enfermeiras.

• Omissão da lei? “A informação não constava da divulgação do curso”

Como refere a enfermeira Maria Diogo, habitualmente, os preâmbulos da legislação, que integram os propósitos da lei, emanam uma riqueza de informação substancial. Neste caso, não era assim. Apenas se percebe o que está em jogo, e de forma indirecta, no diploma que revogava a lei:

A própria legislação era pouco clara. Normalmente os legisladores, no preâmbulo, explicitam algumas coisas, o que não acontece, nem no Decreto de 1938¹⁵⁵, nem no de 1942¹⁵⁶. Só se percebem as razões de tal decisão, nas entrelinhas do 3º diploma¹⁵⁷ (HV2).

¹⁵⁵ Decreto 28:794, legislação publicada em Julho. Ano 1938, II Série.

¹⁵⁶ Decreto 32:612, de 31 de Dezembro de 1942

¹⁵⁷ Refere-se ao Decreto-Lei nº 44923, de 18 de Março de 1963

Apesar da lei estar em vigor quando duas das três narradoras iniciaram os seus cursos, estas só tomaram conhecimento da sua existência já na qualidade de profissionais. Como nos disse a enfermeira Maria Diogo, do folheto de divulgação do curso onde constava informação diversa, nada se mencionava em relação ao dito diploma legal. Confrontou-se com a situação aquando do despedimento das colegas do Hospital Júlio de Matos, por terem casado algum tempo após o início da vida profissional, quando também ela namorava e o casamento integrava o seu projecto de vida:

Já trabalhava há algum tempo, quando soube que não podíamos casar. Aquando da candidatura ao curso, era-nos entregue um folheto, onde divulgavam as disciplinas, as condições de acesso, mas nada referiam relativamente ao assunto do casamento. (...) Vi que havia muitas enfermeiras que não eram casadas, mas algumas eram ainda tão jovens! Em alguns casos, notava-se um comportamento muito “esquisito”, demasiado livre, para a altura. (...) Tal como eu, muitas pessoas só deram conta aquando do despedimento das enfermeiras do Hospital Júlio de Matos. Ainda há pouco tempo, estive num jantar com uma médica que trabalhou, nessa fase, sem nunca se ter apercebido da lei (HV2).

Paradoxalmente, o teor legal dava origem a liberdades não usuais, à época, e neste sentido, pode-se afirmar que nada é absolutamente determinista, ou seja, que a reprodução social não pode ser entendida numa lógica simplista e linear, tal como vários/as autores/as referem (Apple, 2001; Morrow e Torres, 1997).

Também a enfermeira Maria Francisca Soares se inteirou do disposto legal num período em que se encontrava ausente no estrangeiro, em formação profissional. Uma colega escreveu-lhe a informá-la de que tinha casado, mas pedia-lhe o máximo de sigilo, o que a deixou surpresa. Não compreendia a razão do pedido, tanto mais que eram os dois solteiros, dizia-nos:

Lembro-me de estar nos EUA, em 1956-57, e uma colega, que, mais tarde, foi superintendente num hospital, do nosso país, me escrever a dizer que tinha casado com alguém que eu conhecia, mas pedia-me que não dissesse nada a ninguém, nem falasse em nenhuma carta sobre isso. Fiquei muito preocupada. “O que se terá passado, para não poder dizer nada?” Pensava eu, porque não sabia da existência da lei. Só mais tarde o soube (N 3).

A questão da omissão é retomada por Maria Diogo, mais adiante, acrescentando alguns pormenores:

(...) a secretaria confirmou que sabia [da existência da Lei], mas não a divulgava. (...) Só mais tarde, descobri que algumas enfermeiras já sabiam, mas também não diziam nada... (HV2).

Das palavras enunciadas, depreende-se um certo silenciar da lei, quer por parte das instituições de formação/trabalho, quer pelas próprias enfermeiras. As primeiras, talvez para não agravar a carência de pessoal, tanto mais que grande

parte das candidatas era oriunda de províncias com provável desconhecimento da mesma. As segundas talvez tentassem tirar partido do silêncio para gerir a situação dentro das suas possibilidades.

• Alternativas possíveis: clandestinidade ou mudança de serviço

Dado que a lei se referia concretamente «à enfermagem hospitalar», consideravam-se abrangidas as enfermeiras “do serviço interno” (Pimentel, 2000: 42). Daí que algumas colegas pediam mudança para a consulta externa e outras, apesar de se sentirem profissionalmente realizadas, mudavam de instituição:

(...) Portanto, algumas mudavam de serviço, saíam e procuravam serviços onde pudessem casar. Outras sentiam-se realizadas no serviço, mas, para casar, mudavam (HV3).

Embora enunciada, na prática, a mudança de instituição, pode ter sido de complexa concretização, tendo por base o reconhecimento limitado e restrito do curso, quase só às instituições de origem. Outras das vias de recurso enumerada, residia no casamento em Espanha, o que também é referido por Irene Pimentel (2000), ou na província, em segredo. O Bilhete de Identidade, à altura (anos cinquenta), não incluía informação relativa ao estado civil, o que facilitava efetivamente o processo. Entretanto, como “foi muito divulgado que Salazar não as deixava casar, a sociedade desculpava um pouco” (HV3) o casamento na “clandestinidade” (ibidem). Algumas opções passavam pela vida marital o que, à época, se apresentava como socialmente condenável:

Algumas enfermeiras arranjam maneira de “furar” a lei (...) arranjavam o seu companheiro e não casavam. Sujeitavam-se a isso. Ter companheiro passava a constituir um outro tipo de problema para elas. Hoje, não é tão condenado; na altura, era muito complicado (HV3).

• Filhos ou sobrinhos?

Uma das narradoras, a enfermeira Carvalho Martins, numa visão algo imediatista e com um humor refinado, faz alusão às alterações físicas decorrente das gravidezes e à sororidade entre enfermeiras:

Se engravidassem, quem sabia se era um tumor, neste caso, felizmente “chorão”! Não se pode saber tudo da vida das pessoas e as enfermeiras eram “compinchas” (HV1).

A maternidade implicava (e implica) muito mais que a solidariedade face às transformações fisiológicas. O sofrimento, a dor, as dificuldades pelas quais passavam as enfermeiras (e, certamente, os seus companheiros) e os seus filhos, «sobrinhos» em público, foram relatados com uma intensidade que só o

método biográfico permite perceber, como podemos ler na narrativa de Maria Diogo:

(...) uma colega nossa, de Coimbra, casou sem que ninguém soubesse e teve três filhos. Depois, dizia que eram sobrinhos. As pessoas ficavam muito admiradas com o apoio tão grande que dava “aos sobrinhos”, mas viveu uma tortura durante aqueles anos todos. Uma vez, contou-me coisas por que passou, de um sofrimento enorme, que nem eu imaginava. Ia ter os bebés à província, não lhe podiam chamar mãe e não tinham direito a assistência alguma. O que ela sofreu! (HV2)

O apoio à família ficava assim restrito às condições e espaços mais íntimos e secretos. Em público, na tentativa de compatibilizar o trabalho e a vida familiar, viam-se obrigadas a forjar outras identidades, não só em relação a elas, como também aos filhos. Não podemos deixar de nos questionar sobre os reflexos na vida e desenvolvimento destas pessoas, quer das crianças, quer das mães e dos pais. Na medida em que o regime colocava a ênfase na mulher como “esteio da família” (Pimentel, 2000: 25), admitimos que a situação possa ter sido vivida com uma violência simbólica acrescida por parte de algumas enfermeiras.

Tal como se relata no estudo de Maria José Magalhães (2005), a complexidade da situação assumia contornos ainda mais pesados, no caso das mães solteiras:

(...) Lembro-me de uma colega que conheci na maternidade Alfredo da Costa, que falava muito num sobrinho. Depois do 25 de Abril, encontrei-a um dia, na baixa e disse-me:

- Oh, Maria Diogo! Não era meu sobrinho, era meu filho!

Era mãe solteira, mas escondia. Para estas, ainda era mais complicado (HV2).

Também a intervenção da enfermeira Carvalho Martins reforça este sentido:

Nessa altura, o grande e mais complexo problema, eram as mães solteiras. Ai sim, havia problemas (HV1).

Enquanto a maternidade “clandestina” no seio das enfermeiras casadas parece ter sido percebida por esta narradora, com uma certa atenuante social, salienta o carácter bem mais gravoso que a situação assumia para as mães solteiras. Mais do que os pressupostos inerentes à formação ou às competências profissionais, a falsa moralidade adquiria um enorme peso na vida pessoal e profissional das enfermeiras.

• Procurando sentidos para o celibato

As razões percebidas para a promulgação da lei centram-se em pontos de vista diversos, entre a minimização de uma medida legislativa comum a vários países e profissões, a crítica à família como projecto ideológico do regime, e a entrega

“sem reservas” ao exercício profissional, aos doentes, como se de uma “missão espiritual” (Costa-Sacadura, 1954: 7) se tratasse.

Para a enfermeira Carvalho Martins, parece constituir-se um fenómeno “natural”, visto à luz transnacional e de outras profissões:

Não era só em Portugal, também acontecia o mesmo na Inglaterra. Na Bélgica, quando lá estive, as professoras e as enfermeiras eram impedidas de casar (HV1).

O regime salazarista reforçou a tendência que atravessava a formação em enfermagem a nível internacional. O movimento de profissionalização, que se iniciou em finais do século XIX, mesmo em países ditos democráticos como a França, ancorou-se “n «A» enfermeira” (Collière, 2003: 88), a ponto desta ser assimilada pelo processo de cuidados. Estava em jogo o que a enfermeira era, o seu papel e qualidades morais e não as suas funções. Punha-se a tónica no que a enfermeira devia *ser* e não no que devia *fazer*, exigindo-se-lhe obediência e submissão. Face ao “viés da formação, a ENFERMEIRA terá que cumprir, na esteira das [mulheres]-consagradas, esta passagem da MULHER-natureza à MULHER-transcendida, oblativa, desapossada do seu corpo sexuado” (Collière, 2003: 89). Seria, de facto, incomportável a conciliação entre as exigências de uma profissão em que se “inculcava” uma entrega sem reservas, em que o plano das consciências era profundamente mobilizado nesse sentido e muito se articulava com o considerado trabalho doméstico, sendo este da exclusiva responsabilidade, legal e simbólica, das mulheres casadas. Como referimos em capítulos anteriores, o contexto sócio-histórico criado, quer em torno da inclusão das mulheres na cidadania sob reservas, quer especificamente na modelação das vidas das enfermeiras, embora claramente endurecido nos países de inspiração fascista, como Portugal, não lhes é exclusivo.

Outra das razões enunciadas prende-se com a relevância social do celibato, à época. Na opinião da enfermeira Maria Francisca Soares, muitas enfermeiras optaram pelo celibato, não pela existência da lei, mas sim pela forma como a castidade era vista, sobretudo, numa profissão com a reputação que tinha a enfermagem:

Não me parece que fosse a existência da lei que levou muitas enfermeiras a não casarem. (...). Temos que pensar também que a castidade, à época, tinha o seu “altar”. Isto teve um peso acrescido pelo facto de se associarem, frequentemente, as enfermeiras a relações socialmente reprováveis (HV3).

Também se explica a adoção da lei, criticando o papel atribuído às mulheres e à família, na ideologia salazarista (cf. Mónica 1977; Araújo 2000, Pimentel 2000):

(...) Salazar achava que as mulheres deviam dedicar-se totalmente à família. Era a trilogia salazarista: «Deus, Pátria e Família» (HV2).

Numa outra situação, em que prevalece linguisticamente o «falso» neutro, quando a profissão já era maioritariamente feminina, salientam-se as exigências profissionais e incompatibilidade entre os horários institucionais praticados e as imposições relativas à vida de casada:

Para além disso, o enfermeiro devia estar sempre disponível, o que não era possível às mulheres casadas face aos horários praticados. Faziam-se manhãs, tardes e noites e havia hospitais a funcionar com turnos de 12 horas (HV3).

O modelo preconizado surge, assim, também “naturalmente” interiorizado. A exigência de celibato não era colocada aos enfermeiros. Apesar disso, não se problematiza ou interpela a posição claramente diferenciada do estado face à situação profissional, nem face à articulação entre esta e a vida privada no caso dos enfermeiros e das enfermeiras solteiras. São valores e ideologias que entraram no senso comum e dificultaram (e dificultam) a consciencialização do peso da opressão e discriminação que carregam. Neste contexto, mais difícil se torna o processo de emancipação e autonomização dos sujeitos.

Com esta medida, Salazar criava condições de disponibilidade, (quase), absoluta para a profissão:

Não é por acaso que Salazar, até 1963, não queria que as enfermeiras casassem. Assegurava, assim, condições para se dedicarem inteiramente à profissão. Como se a situação de casadas impedisse a dedicação ao doente e à família! (HV4)

A entrega sem reservas ao exercício profissional foi, por isso, uma das razões enunciadas com veemência. A vida privada era preterida em prol do “cuidar”, numa realização plena, por um lado. Por outro, de acordo com o discurso da narradora, também seria difícil encontrar supostos “pretendentes” que aceitassem esta situação:

Era a própria enfermagem que ocupava um espaço tão grande no dia-a-dia dos enfermeiros, no pensamento, na sua actividade, e isso era uma coisa tão importante para nós (...) era uma dedicação tão grande que ultrapassava, em muito, as horas de trabalho. Dava-se tanto à profissão que a nossa vida ficava de lado. (...) Julgo que isso levava as enfermeiras a não terem outros interesses, como, por exemplo, casar. Era difícil casar e ter alguém que quisesse casar com a “dita enfermeira” (HV3).

É neste sentido, da incompatibilidade construída entre os ideais «de enfermeira» e de «mulher casada», vigentes nas sociedades ocidentais e reforçados nos

regimes de inspiração fascistas, que a narradora faz alusão às potenciais recusas masculinas em aceitar a situação.

Relançando um olhar sobre o passado, como que procurando fazer um “balanço”, a narradora encontra justificações para o vivido e o experienciado e para o que ficou à sua margem, no domínio dos afectos e da vida privada:

Senti que não era capaz de “desligar” facilmente dos problemas. Ainda hoje, sou um bocadinho exagerada e também fui com a enfermagem. Se tenho alguma coisa para fazer, independentemente de não ter compromisso, em termos de prazo, sinto que tenho de fazê-la imediatamente. Tudo isto acaba por se reflectir na vida privada. Agora, nesta idade, pensamos nos reflexos melhores ou piores da vida, não foi com má intenção, não tenho qualquer peso na consciência, mas de facto foi uma entrega total à enfermagem. Podia ter casado, aliás estive para o fazer, ter dado mais atenção ao meu pai e até à minha mãe. Penso que tudo isto influenciou o não casamento. (HV3)

Interessava veicular e incorporar tais valores e ideologias, através de estratégias diversas, nomeadamente discursivas. Trata-se de formas de assegurar o exercício de funções de auxiliares dos médicos, mal remunerado, sujeito a longos horários sob condições precárias (abordadas adiante), quase sub-humanas. Este carácter, próximo da transcendentalidade, conferido à profissão e, daí, a conotação com o ‘feminino’ empurrou-a para a desqualificação e desprofissionalização, mas nem sempre assim foi percebido.

Porém, as mudanças começavam a insinuar-se, ainda que de forma muito ténue.

1.2. Década de cinquenta: “um novo olhar sobre as escolas, mas...”

Com base na revisão do ensino de enfermagem de 1952¹⁵⁸, foram referidos alguns sinais de mudança, mas também fortes continuidades:

Só em 1952, passou a haver uma intervenção com maior abrangência. Foi com esse Decreto-lei que se começou a olhar para as escolas com uma certa consideração, continuando, contudo, na dependência dos hospitais (HV3).

Na perspectiva da narradora, desenhava-se um “novo olhar sobre as escolas”, ainda que sob reservas. Dito de outro modo, esta fase parece ter sido um raiar de esperança num cenário crepuscular. De facto, o diploma legal contemplava algumas medidas de suporte à ampliação da intervenção da enfermagem nos processos formativos, das quais se destacam: o prolongamento da duração do curso; uma ténue reorientação e revalorização do ensino prático e teórico; e a explicitação da possibilidade das escolas privadas serem dirigidas por uma monitora. Porém, as escolas continuavam na dependência dos hospitais, como se

¹⁵⁸ Decreto nº 38884, de 28 de Agosto de 1952.

de um serviço seu se tratasse, com todas as implicações que daí advieram para o ensino (e para o processo de profissionalização). Entrava-se na nova década, mantendo-se a necessidade “de uma mudança” (HV3) no ensino de enfermagem.

1.3. Década de sessenta: Mudanças, resistência e luta num contexto sócio-político de opressão

Esta década foi profundamente marcante no que se refere à elaboração e promulgação de políticas de formação em enfermagem, destacando-se a criação de uma estrutura central, marcando o dealbar da representação da enfermagem, nas estruturas ministeriais. Por inerência, a enfermagem assumia, progressivamente, a responsabilidade pelo esboçar de novos rumos no ensino (e na profissão) e intervinha de forma mais activa e mais visível, num contexto substancialmente adverso.

Algumas das nossas narradoras estiveram profundamente implicadas nos desenvolvimentos, nos avanços e recuos que deram cunho a esta fase. Neste sentido, os acontecimentos foram descritos com a intensidade de um vivido inesquecível, entre a curta, e quase imperceptível, margem de acção que urgia otimizar (e se optimizou) no contexto sócio-político em mudança contida e as profundas dificuldades que se erguiam em termos de reconhecimento, legitimação e afirmação das exigências e especificidades formativas que se impunham à profissão. Os relatos resultam, assim, de um olhar à distância sobre as conquistas e lutas e do reviver de sentimentos e emoções, então, silenciados e reprimidos. A acentuação do tom de voz, do brilho do olhar, o fechamento facial, dedos que se cruzam e apertam à medida que se revisitam alguns acontecimentos e factos, expressam a força, a resistência e a inteligência emocional de mulheres que desbravaram caminhos agrestes e tortuosos que, hoje, apesar de tudo poderão ser percorridos de forma relativamente mais securizante.

O contexto sócio-político em mudança, a natureza primordialmente restritiva das medidas adoptadas, bem como as leituras das mesmas, as mudanças operadas, os compromissos, as alianças, as lutas e os conflitos conformam as continuidades e transformações chamados pela voz das narradoras.

1.3.1. “O governo deu alguma abertura, mas havia um grande poder instituído”

O contexto político emerge com uma ‘dupla face’, isto é, de alguma permeabilidade coexistindo um “grande poder instituído” (HV3). Neste sentido, a percepção da narradora é interpretada à luz da teorização de Fernando Rosas (1994) em relação a esta fase, do Estado Novo, explanada no capítulo IV. As continuidades e rupturas, avanços e recuos das políticas de formação decorreram, na perspectiva da narradora, deste jogo de tensões:

Estava-se a viver um momento, em que o governo deu alguma abertura, não toda (...). Havia um grande poder instituído, embora não fosse todo. O que era preciso é que não fosse todo, para nos deixar progressivamente intervir, em áreas que nos eram devidas e do nosso absoluto interesse: a formação e o desenvolvimento da profissão (HV3).

Na forja do dealbar da autonomia profissional, num contexto de sólido poder instituído, imperava o agir estratégico. Havia consciência plena e neste sentido uma racionalidade marcada, não atribuída habitualmente às mulheres, da necessidade de rentabilizar ao máximo as parcas oportunidades de acção face à autonomização.

O poder médico mantinha-se onnipresente. Continuavam a pronunciar-se sobre as medidas a adoptar, em profissões que não a deles, num registo marcado pela promoção do servilismo e pela visão instrumental. Para a maioria dos médicos, o campo de acção de enfermagem circunscrevia-se ao cumprimento de prescrições, isto é, à mera execução de ordens:

Vivíamos uma fase em que outros grupos profissionais tinham alguma coisa a dizer em relação ao ensino de enfermagem] e, naturalmente, tiveram o seu peso. A maioria dos médicos não pensava que os enfermeiros tivessem outras funções, para além de cumprir prescrições (HV3).

Face a concepções de enfermagem diametralmente opostas, obviamente se avolumaram as dificuldades, tanto mais que alguns dos políticos eram também médicos.

1.3.2. “Mudanças impensáveis sob lideranças femininas, mas foi uma luta”

Pese embora as poderosas forças sócio-políticas exercidas no sentido da obstaculização e subvalorização da formação em enfermagem (e da profissão) em articulação com a ténue abertura esboçada e o agir estratégico do grupo profissional, liderado por algumas das nossas narradoras (e não só),

conformavam-se mudanças de grande relevância para o processo de autonomização, quer profissional, quer na vida privada.

A criação da Direcção Geral dos Hospitais (DGH), e a especificidades que caracterizaram a liderança da enfermagem nacional pela enfermeira Fernanda Resende (envolvendo o ensino e o exercício), a implementação de algumas medidas concretas no domínio da formação e a cessação da proibição do casamento às enfermeiras hospitalares constituíram rupturas evidenciadas nos discursos. A obstaculização à colaboração de organizações estrangeiras e o debate em torno da formação de auxiliares de enfermagem expressam outras dimensões convocadas.

- **“A enfermeira Fernanda Resende era a única mulher a dirigir um serviço central”**

Criado o Ministério da Saúde e Assistência Social¹⁵⁹ e, mais tarde, a Direcção Geral dos Hospitais, a enfermagem passou a dispor de uma estrutura de gestão específica, dirigida pela enfermeira Maria Fernanda Resende:

Entretanto, o Dr. Coriolano Ferreira escolheu a enfermeira Maria Fernanda Resende, para dirigir a enfermagem nacional, que passou a estar integrada na Direcção Geral dos Hospitais¹⁶⁰ (HV3).

Conquistava-se e legitimava-se um espaço/tempo de responsabilização (relativa) pelos processos de formação e exercício profissional nos termos dos/as próprios/as enfermeiros/as, quase um século depois, deste ter emergido na Inglaterra. O Dr. Coriolano Ferreira e a Enfermeira Maria Fernanda Resende foram, assim, duas figuras emblemáticas no contexto político e de saúde, fundamentais neste processo:

O Dr. Coriolano Ferreira e a Enfermeira Resende foram as duas pessoas que, nas décadas de cinquenta e sessenta, marcaram a saúde, em Portugal. Ninguém se lembra dos Ministros, mas deles todos e todas, da época, recordam (...) (HV4).

Assim, a enfermeira Maria Fernanda Resende

era a única mulher e enfermeira, no grupo de directores [isto é, a dirigir um serviço central do Ministério da Saúde e Assistência Social] (HV3).

Neste sentido, paradoxalmente, a enfermagem foi vanguardista. O Estado Novo que, durante sensivelmente década e meia, tinha implementado diversas medidas preconizadas em diplomas legais no sentido de atrair mulheres para a

¹⁵⁹ Decreto nº 40825, 13 de Agosto de 1958.

¹⁶⁰ Foi criada, em 1961, tendo entrado em funcionamento, em 1962.

enfermagem, recomendado medidas de formação promotoras de uma “aura” feminina e pseudo-sacro-santa em torno da profissão, tendo veiculado as qualidades “naturais” das mulheres para o cuidar, mantendo as/os enfermeiros/as afastados/as da concepção das políticas que lhes diziam respeito, colocava, agora, uma enfermeira num lugar cimeiro de gestão. Em primeira análise, poder-se-á pensar numa estratégia política estribada numa visão instrumental, necessária num contexto de abertura forçada dos sistemas sociais e educativos. Se esta se constituía a perspectiva do governo, a julgar pelo perfil que as nossas narradoras traçam da enfermeira Fernanda Resende, não terá sido uma opção estratégica fácil:

A Enfermeira Fernanda Resende era uma pessoa que eu admirava imenso. Era senhora de grande saber e enorme determinação, mesmo em reuniões, com altas individualidades. Podia estar na presença de qualquer personalidade, era absolutamente inabalável! (HV5)

Toda a enfermagem e, não só, sabia da competência da Senhora Enfermeira Fernanda Resende (HV4).

Era uma mulher determinada, justa, com uma voz forte. Quando falava alto, as pessoas tinham-lhe algum receio, mas simultaneamente de uma generosidade espantosa que poucos conheceram (HV3).

Retendo-nos um pouco em torno do perfil traçado, não podemos deixar de colocar algumas questões. Esta imagem de segurança, voz forte, não deixando transparecer muito outras qualidades mais conotadas com o feminino, terá constituído uma “máscara” para lidar com o androcentrismo que caracterizava (e talvez caracterize) as organizações de saúde? Dito de outro modo, lidar por um lado, com políticos e, por outro, com directores de instituições e profissionais de enfermagem avessos às mudanças que se pretendiam alcançar faria emergir a necessidade de “safar” a sua feminilidade? Não temos respostas para as questões enunciadas, mas num contexto em que a feminilidade era sinónimo de fragilidade, de menoridade, de inferioridade, de incapacidade, para tomar decisões informadas e racionais, estas questões fazem todo o sentido.

Talvez por todo este contexto, nos fosse realçada a formação efectuada pela enfermeira Fernanda Resende em áreas disciplinares cruciais ao processo de profissionalização:

Fez formação no estrangeiro para assumir a liderança dos serviços de enfermagem. (...) Foi fazer um Curso de Investigação em Enfermagem, no Chile, organizado pela OMS. (...) Foi a primeira professora a dar Deontologia Profissional e Investigação em Enfermagem, no nosso país. (HV3)

Salientava-se, por um lado, a qualificação da enfermeira para o exercício do cargo e, por outro, a inovação expressa pela introdução da Investigação em Enfermagem e Deontologia Profissional no ensino de enfermagem, sendo estas cruciais ao processo de profissionalização, como António Nóvoa (1986) refere. Depois dos discursos de alguns responsáveis sobre o ensino de enfermagem, enfatizando as qualidades “naturais” e “morais” para a profissão, introduziam-se disciplinas fundamentais à construção de um campo de saberes específicos e definiam-se os pressupostos deontológicos norteadores da acção em enfermagem. De facto, na perspectiva de um futuro autónomo, implementavam-se medidas estruturantes. Muitas seriam concertadas as necessidades/problemas com que a Enfermagem se deparava, urgia, pois, que se definissem prioridades de acção.

Neste sentido, foram enunciadas as grandes linhas de força adoptadas pela enfermeira Resende em relação aos seus pares (directores de outros serviços do Ministério) e à profissão. Com os primeiros, procurou estabelecer “boas relações”. Num contexto de poder instituído, de opressão, em que se pretendia implementar e consolidar a estrutura recém criada, cuja acção implicava autonomização face a outras entidades profissionais e organizacionais, as relações eram concertadas fundamentais à negociação e ao estabelecimento de alianças e compromissos, entre pares.

No campo profissional, a gestão assumia contornos prioritários, área à qual se encontrava ligada, nomeadamente pela sua experiência. Em seu entender, a evolução da profissão estava condicionada pelas competências das chefias:

Era uma pessoa muito ligada às questões da gestão, até porque tinha exercido cargos dessa natureza, no Hospital Universitário de Coimbra. Na sua opinião, enquanto não tivéssemos bons chefes, não teríamos possibilidade de ir muito além. De facto, uma das suas grandes preocupações centrava-se nas chefias de enfermagem (HV3).

Neste sentido, a enfermeira Maria Aurora Silva, assumindo a pertinência e relevância da estratégia adoptada, à época, considera que também se traduziu na priorização da mesma área em relação à prestação de cuidados, sendo a última, no seu entender, crucial à profissão. Embora o investimento na gestão possa ter promovido o afastamento entre conceptores de cuidados e executores, entre trabalho manual e intelectual, de facto, a concretização de processos de re/conceptualização e de autonomização profissional envolve oposições, conflitos

e negociações entre grupos de poder profundamente desigual, revelando-se a liderança e a comunicação aspectos estruturantes da mudança.

Retomando a liderança da enfermeira Fernanda Resende, salienta-se a luta pela afirmação da enfermagem, em Portugal, muito particularmente no que se referia à conquista de igual respeito no seio da equipa multidisciplinar de saúde e à tomada de decisão em enfermagem estribada na evidência científica:

Lutou muitíssimo pela enfermagem, em Portugal. Lutou para que os enfermeiros fossem tão respeitados como os médicos e os demais profissionais da saúde e para que os enfermeiros fizessem as coisas com uma base científica (HV3).

Esta descrição é consentânea com a priorização dada à deontologia profissional e à investigação em enfermagem. A construção e legitimação de um campo de saberes específico, fundamental à passagem de um modelo baseado na reprodução para um outro estribado no processo de produção de cuidados, constituíam eixos norteadores da acção. Deste modo, o ensino de enfermagem constituía a prioridade política (Ministério da Saúde, 1966).

• “Foram tomadas iniciativas impensáveis no ensino”

A prossecução das mudanças entroncava fundamentalmente na necessidade de criar legislação específica para o ensino, ou seja, de se autonomizarem em relação aos hospitais:

[a]s escolas precisavam de ter legislação própria, porque há sempre tendência de fazermos só aquilo que gostamos. Continuava a existir necessidade de alguma normalização do ensino de enfermagem (HV3).

A “necessidade de alguma normalização” é aqui entendida, em relação à existência de algumas orientações políticas emanadas pelos diversos diplomas legais, mas que, na prática, não conduziram a uma acção concertada no campo do ensino. Os percursos formativos, de um modo geral, continuavam a ser desenvolvidos de acordo com as necessidades e entendimentos de cada instituição e muito concretamente dos seus dirigentes, os médicos. Embora obedecessem a uma estrutura genérica comum¹⁶¹ (habilitações literárias de acesso, duração dos cursos, entre outras) e existisse uma estrutura a quem competia a fiscalização, a Inspecção da Assistência Social, os percursos formativos eram conformados pelas concepções de enfermagem e saberes e conhecimentos que aqueles (directores das escolas), entendiam ser subjacentes

¹⁶¹ É de realçar o estatuto diferenciado da ETE.

ao exercício profissional. Até à criação da DGH, cada escola desenvolvia os processos formativos de acordo com o que entendia, pois, a referida Inspeção de Assistência Social limitava-se à mera verificação administrativa (Amendoeira, 2006).

A partir daí, apesar de todas adversidades, “foram tomadas iniciativas impensáveis (HV3) até aí, nomeadamente no que se refere a lutou por uma formação científica para as enfermeiras. Contudo, foi um período complexo, difícil de ultrapassar, descrito como algo inimaginável aos dias de hoje. Mesmo as pessoas que não gostam do termo ‘luta’, como a enfermeira Maria Francisca Soares, não encontram outro que expresse o vivido, à época:

As lutas foram duras, embora não goste de utilizar a palavra “luta”, a verdade é que foi mesmo uma luta. Foi um período, uma onda difícil de ultrapassar. (...) Hoje, a situação está normalizadíssima. As pessoas que vão fazer o curso superior de enfermagem, nem sonham as dificuldades vividas, a este nível (HV3).

As lutas foram intensas e em diversas sedes. A enfermagem deparou-se com grandes dificuldades em fazer compreender as exigências formativas, quer aos políticos, muitos deles médicos, quer à sociedade em geral:

(...) tivemos grande dificuldade em explicar às pessoas, em geral, e aos políticos, em particular, muitos deles médicos, que tínhamos necessidade de formação específica em enfermagem (HV3).

A enfermeira Maria Francisca Soares, com um brilho intenso nos olhos e um timbre de voz entre o embargado e a revolta, reviveu as palavras e os gestos agressivos e insultuosos de um dos deputados da Assembleia Nacional em aberta oposição à revisão da formação em enfermagem:

(...) quando pedimos formação específica e mais aprofundada para os enfermeiros foi uma luta na Assembleia Nacional. (...) Quando me lembro da intervenção do deputado, o Dr. Santos Bessa, parece que era assim o nome dele! Não posso dizer que nos traisse, mas teve uma intervenção profundamente desfavorável à nossa formação (HV3).

A necessidade de assegurar uma formação em enfermagem sólida e consistente cientificamente, foi um processo complexo e de difícil entendimento para o regime e para sociedade, em estreita relação com a integração das mulheres na cidadania sob reservas. A formação tem sido um espaço de luta intensa, maioritariamente liderado por mulheres, a quem se atribuía, à época, um estatuto de passividade, conformidade e submissão. Sob estas representações ocultava-se e invisibilizava-se o empoderamento e a agência das/os enfermeiras/os.

A transição da tutela das escolas do Ministério do Interior para Ministério da Saúde e Assistência Social (HV3), à exceção da ETE que permanecia na

dependência do Ministério da Educação, inscreve-se também nas alterações enunciadas:

Durante muito tempo, as escolas dependiam do Ministério do Interior. Depois, foi criado o Ministério da Saúde e passaram a depender deste Ministério (HV3).

À partida, passava-se a depender de um ministério com maior afinidade em termos de área de actuação: o da saúde. De qualquer modo, não era esta a situação idealizada em termos de ensino, até porque, como referimos em capítulos anteriores, uma das grandes lutas se travava no campo da integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional.

No sentido de melhor contextualizarmos esta problemática, relembremos a perspectiva de Gonçalves Ferreira (1990) sobre a criação do Ministério da Saúde e Assistência¹⁶² e as implicações da transferência de tutela dos hospitais escolares sobre o ensino clínico da medicina. Sobre o primeiro, considera que o governo não esperava que se alterasse grandemente a política estacionária de saúde. No que se refere à segunda, convocando Esperança Pina, salienta o agravamento das dificuldades pelas quais passaram as faculdades de medicina com a transferência da dependência daqueles (hospitais escolares) do Ministério da Instrução (mais tarde da Educação Nacional) para o Ministério do Interior (em 1952) e posteriormente para o da Saúde¹⁶³.

A criação de “cursos de enfermagem de raiz” foi outra das questões trazidas a debate, no contexto de mudanças operadas de curta duração (ver capítulo IV). Como nos diz a enfermeira Sintra, na perspectiva da enfermagem, não fazia qualquer sentido a existência de formações de base com esta natureza, pelo que se propôs a sua transformação em especializações de enfermagem:

Os cursos de raiz tiveram uma curta duração. (...). Estes cursos, que designamos de raiz, tiveram, pois, uma duração curta. Propusemos que se constituíssem especializações em enfermagem. Não tinha sentido permanecerem como cursos básicos (HV4).

¹⁶² Recorde-se que, desde 1936, os serviços de saúde oficiais e da assistência estavam sob a alçada do Subsecretário da Assistência, na dependência do MI. Assim, o Ministério recém-criado mantinha na sua designação as duas áreas: a da Saúde e a da Assistência Social. Só a partir de 7 de Novembro de 1973, é que se passou a designar apenas de Ministério da Saúde (Gonçalves, 1990).

¹⁶³ Segundo Gonçalves Ferreira (1990: 308-9), “por esta tutela não estar especificamente sensibilizada para os problemas do ensino e da Investigação, necessariamente diferentes, mais complexos e de custos mais elevados do que os de um hospital vulgar, delimitado nos seus objectivos, essencialmente, à função assistencial”.

A “profunda” revisão do ensino, de 1965 constituiu-se numa das mudanças mais realizadas, entre as várias implementadas, tendo tido o apoio do então Ministro da Saúde, Neto de Carvalho:

(...) O Ministro da Saúde, Neto de Carvalho, que era um homem extraordinariamente inteligente, criou condições promotoras da concretização de várias medidas, que ninguém pensava possíveis, como a profunda revisão do ensino de enfermagem, de 1965. Compreendeu a importância da enfermagem. Percebeu que, se os doentes tivessem bons cuidados de enfermagem, sairiam muito mais cedo dos hospitais (HV3).

Na perspectiva de Gonçalves Ferreira (1990), este ministro, o terceiro de entre os quatro primeiros ministros da saúde “todos estranhos ao corpo médico”¹⁶⁴ (Ferreira, 1990: 354), conseguiu imprimir um “espírito de mudança no caminho de novas perspectivas” (ibidem: 360). Também é esta a percepção que emerge do discurso da enfermeira Maria Francisca Soares. A compreensão da relação entre a qualidade dos cuidados de enfermagem e o tempo de internamento a que os doentes estavam sujeitos, por parte desta identidade, terá sido determinante para a criação de condições necessárias à implementação de medidas inovadoras no ensino.

Através das falas da narradora, depreende-se a relevância da enfermagem hospitalar nesta decisão (e não só), em consonância com a política de saúde e de enfermagem que, na prática, ainda dominava. Esta era, exactamente, uma entre as várias alterações que urgia continuar a investir (Ministério da Saúde e Assistência, 1966). Aliás, a lei de bases da saúde e assistência¹⁶⁵ preconizava, já, o combate à doença (que integrava a acção preventiva, curativa e reparadora), a prevenção e a reparação das carências do indivíduo e dos seus agrupamentos naturais. Na sequência dessa re/orientação na política de saúde (e, provavelmente em concordância com as correntes clássicas da administração) “à época, a divisão entre a carreira docente e exercício foi necessária” (HV4). Foi neste contexto que se criaram três carreiras de enfermagem: hospitalar, ensino e saúde pública¹⁶⁶.

Retomando a questão da revisão do ensino de 1965 que, de acordo com as narrativas, terá sido uma das transformações de relevo acentuado para

¹⁶⁴ Curiosamente (ou não), o ministério da saúde só foi liderado por um médico, Baltazar Leite Rebello de Souza, em 1970, na sequência da remodelação governamental efectuada por Marcelo Caetano.

¹⁶⁵ Base I, da Lei nº 2120, de 19 de Julho, de 1963.

¹⁶⁶ Decreto-Lei nº 48 166, de 27 de Dezembro de 1967.

enfermagem, foi construída tendo por base uma análise profunda da situação, consubstanciada pela auscultação de estabelecimentos e entidades interessadas e pela análise de relatórios produzidos por outras comissões criadas anteriormente (ver Cap. IV). Nos termos do relatório que temos vindo a citar, só depois de remodelado o trabalho desenvolvido é que este foi apresentado a uma consultora da OMS, cuja colaboração tinha sido solicitada pelo governo por sugestão do grupo. Houve, portanto, todo um trabalho prévio à colaboração da referida consultora. Da análise do referido documento (ver também Corrêa, 2002), fica-nos a percepção de que o grupo de trabalho tinha chegado já a essa conclusão, posteriormente corroborada pela referida consultora. Daí que a narradora afirme que nada foi dito de novo:

Em meados da década de sessenta, na sequência do trabalho que se estava a desenvolver no domínio do ensino de enfermagem, sugerimos ao Senhor Ministro a vinda de uma consultora da OMS, para nos ajudar. (...) Conseguimos, assim, que a dita consultora da OMS viesse, embora, diga-se de passagem, não nos tenha dito nada de novo. Que não nos ouça se ainda é viva, mas já não é. Uma das suas sugestões foi a criação de uma escola só para formar chefes e professores de escolas de enfermagem. Deste modo, em 1967, era criada a Escola de Ensino e Administração dos Serviços de Enfermagem (HV3).

Este facto, por um lado, reforça a nossa tese de que a colaboração com organizações internacionais, para além da partilha de saberes e experiências, se constituía num factor favorecedor à implementação de medidas internamente já decididas, e, por outro, é revelador do agir estratégico das enfermeiras que lideraram estes processos, em nada consonante com as representações que se pretendia veicular das mulheres e da enfermagem.

A criação da Escola de Ensino e Administração de Serviços de Enfermagem (EEAE) foi também amplamente referenciada, tendo sido igualmente convocadas as dissonâncias, no seio da profissão, em relação aos seus contributos. Na perspectiva da narradora, foi de uma relevância extrema, quer para o ensino, quer para a profissão. Para além dos momentos intensos de aprendizagem proporcionados e dos seus contributos para a emergência e implementação de uma cultura de partilha e reflexão, passaram a prevalecer as qualificações no acesso a cargos de gestão:

Há pessoas que discordam do contributo desta escola. Contudo, na minha percepção, foi um marco muito importante para o ensino e para a profissão de enfermagem. Foi [um acontecimento] realmente excelente pelos resultados que obteve e pela adesão dos enfermeiros. As pessoas aderiram bastante ao curso, tendo funcionado cursos sucessivos, quer na área do ensino, quer da administração. Excedeu completamente as minhas expectativas. (...)

Para além dos momentos intensos de aprendizagem, criou uma cultura de intervenção com base na reflexão e partilha. Faziam-se reuniões e palestras, à noite. No final, ficavam algumas pessoas que continuavam a analisar e discutir os problemas com que nos debatíamos, bem como a forma de os gerir e ultrapassar.

Passaram a prevalecer as qualificações, na nomeação das directoras das escolas de enfermagem. Muitas enfermeiras tiveram acesso a cargos de gestão que exerceram de forma absolutamente competente, por via da qualificação a que dificilmente conseguiriam aceder se as circunstâncias anteriores se mantivessem (HV3).

Ampliavam-se, assim, oportunidades de mobilidade profissional e social ascendente para alguns/as enfermeiros/as que, apesar dos seus potenciais e competências dificilmente conseguiriam atingir, pois, até aí, os cargos de gestão e de docência eram maioritariamente ocupados a convite. Deste modo, poder-se-á falar num alargamento da base de elites na enfermagem, à semelhança do que ocorria na sociedade em geral, segundo uma das interpretações que se fizeram da Reforma de Veiga Simão, antes da Revolução de Abril (Stoer 1986)?

Provavelmente, o condicionamento, doravante, do acesso aos cargos referenciados, por via das qualificações, poderá ter sido uma das razões da discórdia em relação à criação da EEAE, nomeadamente entre aquelas que tinham acesso a esses cargos, tendo apenas o curso de base como habilitação (cf, Corrêa, 2002). São factos que evidenciam a interpenetração não negligenciável entre relações de género e outras categorias sociais (ver capítulo II).

A dinamização da enfermagem nas províncias de origem de algumas das enfermeiras, subsequente ao curso de complemento, foi outra das dimensões enfatizadas em torno da criação da EEAE. Como refere a narradora, esta formação associada às especificidades dos meios provincianos, onde supostamente o acesso a entidades influentes, nomeadamente políticas, religiosas e médicas, era mais fácil, permitiu implementar várias acções de enfermagem, por vezes mais inovadoras do que nos meios urbanos, pioneiros, até aí:

Frequentaram o curso enfermeiras que provinham de diversas províncias do país e que dinamizaram e implementaram um conjunto de medidas, nesses locais, por vezes mais inovadoras do que, propriamente, nos grandes centros urbanos que até aí eram verdadeiros pioneiros. Também é verdade que, nas províncias, por serem meios mais pequenos, mais facilmente se acedia a pessoas influentes, nomeadamente, governadores civis, bispos e mesmo aos próprios médicos (HV3).

Já em vésperas de Abril se percebe a relevância dos 'jogos e influência social', bem como a composição patriarcal da arena onde se jogavam. Era com eles que se travavam algumas lutas, e, por vezes, se impunha o estabelecimento de alianças, tal como ocorreu no processo que pôs fim à proibição do casamento das enfermeiras hospitalares.

• **“Foi difícil convencer o governo a revogar a lei do casamento”**

Após sensivelmente duas longas décadas de conflitos e lutas, era revogado o diploma legal que proibia o casamento às enfermeiras hospitalares que as obrigava a mudar de serviço ou as empurrava para a clandestinidade caso pretendessem simultaneamente constituir família e exercer a profissão (como vimos na secção anterior). Foi um dos vários processos complexos e difíceis, porque passaram as enfermeiras, à época. Forjaram-se movimentos conducentes à ruptura do normativo vigente, envolvendo, para além de profissionais de enfermagem, outras entidades sociais, nomeadamente a igreja e a medicina. Tinha que se “arranjar companheiros de luta”, como refere a narradora. Recorria-se às alianças com grupos influentes, ainda que isso colocasse a profissão em situação vulnerável. Mesmo assim, foi difícil demover o governo:

A lei vigorou muitos anos. Existiram vários movimentos, envolveram-se imensas pessoas, enfermeiros e não enfermeiros, que tivessem força. Sei que a Enfermeira Mello Corrêa¹⁶⁷ se manifestou contra, mas não me lembro, em pormenor. Posicionaram-se várias entidades religiosas e médicas. Nessa época, quando, nós, enfermeiros, queríamos alguma coisa e não conseguíamos, tínhamos de arranjar companheiros de luta que lutassem por nós. Por um lado, era desagradável, mas por outro, era a única maneira de alcançarmos aquilo que queríamos. Mesmo assim, foi difícil convencer o governo a revogar o diploma (HV3).

Aliás, as palavras de Salazar de negação absoluta à revogação da lei ainda ecoam nos ouvidos de alguns/mas lutadores/as. São lembradas com a intensidade de quem ousou confrontar o governo e duramente sofreu as suas consequências:

Ainda, há pouco tempo, estive com uma das pessoas que integrou o grupo que foi falar com o Salazar, e dizia que jamais se esqueceria das palavras dele:
- Enquanto eu for vivo, elas nunca hão-de casar! (HV2)

A carência de pessoal de enfermagem em geral, e em serviços cujo funcionamento se enquadrava no horário de funcionamento público, em particular, é apontada como um factor de pressão possível:

¹⁶⁷ Entre outros cargos, foi directora da ETE.

O facto de existirem muitas vagas, algumas das quais, entrando às 8 e saindo às 16 H, teve algum peso. Tudo isto nos dá a ideia de como funcionava o regime salazarista (HV3).

Provavelmente, as novas exigências decorrentes da participação estatal lentamente alargada a vários sectores, sobretudo no domínio dos serviços materno-infantil, previdência e hospitalar (Ferreira, 1990) se impusessem à vontade do 'chefe' de estado. A narradora realça ainda a estratégia instrumental do regime, que vários estudiosos do regime têm referenciado (cf. capítulo IV).

1.3.3. "O regime dificultou a colaboração com organizações estrangeiras"

Esta colaboração refere-se à década de sessenta e seguintes, numa fase em que várias organizações internacionais intervinham na sequência das alianças estabelecidas entre vários países, nomeadamente Portugal, no sentido da promoção do desenvolvimento, no pós II Guerra Mundial. Como constatamos em capítulos anteriores, educação e desenvolvimento constituíam elementos de uma mesma equação (Teodoro, 1994; 2001a; Azevedo, 2000).

No que se refere à enfermagem, segundo a perspectiva de algumas narradoras, embora se tenha conseguido colaborar com importantes organizações de saúde e de enfermagem, como por exemplo, a OMS, o ICN e a Cruz Vermelha, também nesta área, a enfermagem portuguesa deparou-se com algumas dificuldades criadas, quer pelo governo, quer, mais tarde, pelas próprias organizações na sequência da política externa adoptada pelo regime.

As dificuldades foram implicitamente criadas pelo regime e incidiram nos domínios institucional e pessoal. Importa lembrar que, do ponto de vista profissional, a interacção entre as diversas organizações era percebida como uma forma de forjar e legitimar mudanças pretendidas no plano interno, como realçamos na secção anterior. Contudo, pelas experiências percebemos os constrangimentos e lutas, também neste domínio. Assim, a enfermeira Maria Francisca Soares evoca os obstáculos colocados à colaboração da OMS, no que se refere à participação de enfermeiras portuguesas em eventos internacionais e, por exemplo, à visita de duas enfermeiras (dessa organização) a Portugal:

O regime autoritário em que o país vivia dificultou-nos algumas colaborações com organizações estrangeiras. Não proibiu, mas dificultou, quer no que se refere a nós, em termos individuais e institucionais, quer às organizações (...) tivemos a colaboração da OMS, ICN e da Cruz Vermelha. Contudo, a própria OMS teve dificuldades em conseguir que enfermeiras portuguesas participassem em eventos, não de forma explícita, mas, de facto, existiram

entraves. Soube que também foram colocadas dificuldades a duas enfermeiras que dirigiam serviços da OMS (HV3).

A própria narradora só conseguiu autorização para participar numa entre diversas reuniões de Directoras de Escolas Regionais de Enfermagem dos vários países e que se realizavam periodicamente:

(...) apenas autorizaram a minha participação numa das [várias] reuniões, mais ou menos, periódicas, com as Directoras de Escolas Regionais de Enfermagem, de vários países (HV3).

Na realidade, a opressão não se constrói de forma linear e unilateral. Há uma margem de autonomia relativa, onde se forjam mudanças. Em consequência da revolta que sentia face à situação, organizou uma das reuniões, em Portugal:

Esta atitude revoltou-me de tal modo, que organizei uma aqui, em Portugal. Foi claramente uma atitude de revolta da minha parte (HV3).

Constituíam-se, assim, modelos opostos ao “único ideal de feminilidade preconizado pelo regime”. Para além dos constrangimentos colocados directamente pelo governo, outros emergiam na sequência da política colonial adoptada. Nem mesmo a estratégia de alteração da designação de colónias para províncias ultramarinas (Rosas, 1994) atenuava as pressões políticas internacionais. Portugal estava cada vez mais isolado nos seus desígnios coloniais. Várias medidas de pressão começavam a ser adoptadas pelas instituições estrangeiras no sentido da autodeterminação das colónias. Deste modo, o apoio na qualificação de recursos de enfermagem, nomeadamente pela OMS¹⁶⁸, era condicionado pelo que esteve na origem da falência do regime (Rosas, 1994, Stoer, 1986) ou seja, pela política colonial:

Um colega foi para a Escócia com bolsa de estudo (...) uma outra supostamente iria para França, com bolsa pela OMS. A última acabou por não se concretizar, por a referida organização não contemplar o apoio a Portugal, em função da política colonial prosseguida pelo Estado Novo (HV4).

Retomando as dificuldades colocadas no plano individual, a enfermeira Maria Francisca relembra que a mera saída do continente implicava o controlo apertado por parte da polícia política:

Havia grandes dificuldades em sairmos do país e até do continente. Não se pense que bastava ter o passaporte na mão e apanhar o avião! As pessoas eram controladas. Tínhamos que prestar contas, ir à PIDE-DGS. Para sair do país, na altura, era preciso passar por um “crivo” de informações impressionante (HV3).

¹⁶⁸ À semelhança de outros sectores sociais, também a saúde passou a integrar os Planos de Fomento (Ferreira, 1990: 363). Deste modo, o Ministério da Saúde e da Assistência Social passou a dispor de verbas para aperfeiçoamento de pessoal, nomeadamente de enfermagem (Decreto-Lei nº 46772, de 20 de Dezembro de 1965).

Realça a grosseria com que foi interrogada pela PIDE-DGS numa das deslocações ao estrangeiro, efectuada em serviço:

Lembro-me de uma deslocação que fiz a um país, cujo nome me escapa, em que previamente fui interrogada pela PIDE, com um pouco menos de cortesia, que não deixa de ser uma forma simpática de expressar o que senti, talvez por ser enfermeira. Por fim, lá me deram a autorização (HV3).

A narradora explícita que considera este controle do estado relativo ao facto de ser enfermeira. O controlo obrigatório pela polícia política a que estavam sujeitos/as todos/as cidadãos/ãs, provavelmente já seria uma enorme dificuldade. Expor-se a tal, por questões de serviço, não deixa de revelar algum arrojo. Percebe-se, assim, que os constrangimentos de carácter pessoal tenham sido enunciados, desde logo.

1.3.4. Debate em torno da formação de auxiliares de enfermagem

Face a este contexto, mantinha-se e reforçava-se o investimento na formação de auxiliares, como é realçado por todas as narradoras, à excepção de Dali, que fez a sua formação inicial na fase da Revolução de Abril. As perspectivas chamadas a debate sugerem leituras e posicionamentos bastante diversificados em relação a esta problemática.

Assim, um dos aspectos enunciados prende-se com a inexistência de orientações normativas explícitas em relação à proporcionalidade entre enfermeiros/as e auxiliares de enfermagem a formar, cabendo a cada escola, pública ou privada, essa decisão:

Cada escola formava de acordo com as suas possibilidades e as escolas particulares faziam o que muito bem entendiam (HV3).

Como já referimos, até meados da década de sessenta, a maioria das escolas encontrava-se na dependência directa dos hospitais, pelo que a decisão dependia, em grande medida, da política de serviços de enfermagem por eles adoptada, onde os factores financeiros e as concepções da enfermagem dominantes, à época, teriam concerteza ponderação considerável.

Algumas narradoras consideram mesmo que esta medida se enquadrava numa política economicista do governo, só mais tarde percebida como tal:

Mais tarde, percebeu-se que o que estava na mente do Estado Novo era pagar menos (HV4).

Se, por um lado, a percepção tardia dos factos dificulta a implementação de estratégias de oposição, por outro, representa em si mesma a naturalização de

ideologias e concepções de enfermagem dominantes, nomeadamente entre profissionais de enfermagem.

Na perspectiva da enfermeira Maria Francisca Soares, esta opção política, associada às diminutas habilitações académicas de acesso, exigidas ao longo dos tempos, traduzem a desvalorização governamental da formação em enfermagem:

O governo português, por razões várias, porque era mais barato e considerava suficiente, optou por ter alguns enfermeiros, mas muitos auxiliares de enfermagem (...) Outra medida do governo que aponta para a desvalorização da formação em enfermagem prende-se com a admissão de pessoas nas escolas de enfermagem com habilitações [académicas] mínimas. As exigências foram aumentando: primeiro ciclo, segundo e, depois, o terceiro, mas exigindo sempre o mínimo de habilitações de acesso (HV3).

Sob outro enfoque, é realçada a oportunidade de promoção sócio-cultural que este curso representava, sobretudo para as jovens da 'província', de onde provinha a maioria das candidatas:

Arranjei sempre monitoras senhoras, com uma certa formação humana, cultural e profissional. Era uma questão que sempre me preocupou, pois, a maioria das alunas vinha da província, era importante ajudá-las a desenvolverem-se, para além da enfermagem. A formação promovia as pessoas em termos pessoais, sociais e culturais (HV1).

Esta sensibilidade para a origem geográfica das candidatas é particularmente importante, não só pelo isolamento acrescido a que estavam dotadas as pessoas em meios rurais condicionando o seu desenvolvimento intelectual e sócio-cultural, mas também pelo impacto das diferenças gritantes que então existiam entre a escola urbana e a escola rural (Stoer, 1986). Para a narradora, não estavam apenas em jogo as questões da formação em termos profissionais, mas também o desenvolvimento das pessoas, no sentido global e integrado. O discurso entronca, pois, numa concepção de formação próxima das actuais perspectivas desenvolvimentistas e construtivistas. Nesta lógica, a formação evoca uma acção profunda e globalizante promotora do desenvolvimento dos sujeitos, no que se refere aos domínios intelectual, físico e moral, bem como uma mudança das estruturas correspondentes a estes domínios, de modo que o desenvolvimento não representa um acumulado sobre as estruturas existentes, mas antes integra novas estruturas (Couceiro, 2000; Fabre, 1995).

Imbuída destes princípios, enfatizava a sua preocupação em assegurar que o ensino fosse orientado por monitoras, cujo "perfil" fosse compatível com os pressupostos enunciados. É interessante constatar, também, a preferência da

narradora por docentes do sexo feminino, em conformidade com a recomendação normativa, (como foi referido anteriormente), enquanto se revelou francamente favorável ao exercício profissional masculino.

Prossegue afirmando que, embora o curso de auxiliares de enfermagem impusesse algumas restrições à progressão profissional, pela exigência de menores habilitações académicas, duração mais curta e diferença pouco relevante de vencimento em relação à enfermagem, constituía-se num atractivo para algumas jovens:

Não acediam aos lugares de chefia¹⁶⁹, inicialmente não faziam especializações, excepto as de obstetrícia, nem podiam ser instrumentistas. Ganhavam menos 200\$00 que as enfermeiras, o curso era muito mais rápido, cerca de um ano e meio, e iam logo trabalhar. Uma rapariga, por exemplo, vinha com o primeiro ciclo, um ano e meio depois estava a ganhar menos 200\$00 do que aquela que estava lá três anos. E, saíam belíssimas enfermeiras (HV1).

Neste contexto, a pequena diferença salarial surge, assim, como um atractivo, uma forma do estado desvalorizar a formação em enfermagem e de simultaneamente atrair pessoas, preferencialmente mulheres, de grupos mais desfavorecidos para este nível profissional sujeito a duras condições de trabalho. Contudo, não é interpretada como uma medida de exploração feminina.

A política adoptada, para além de fazer com que a prestação de cuidados fosse basicamente assegurada por auxiliares de enfermagem, promoveu a imprecisão identitária entre os elementos dos dois níveis de formação. Neste sentido, afirmava-se que as/os auxiliares de enfermagem “saíam belíssimas enfermeiras” (HV1), ou que os “bons” (HV6) eram identificados como enfermeiros/as quer por estudantes de enfermagem quer por beneficiários dos cuidados:

(...) os bons auxiliares [de enfermagem] eram identificados como enfermeiros, pelos doentes e pelos alunos. Era com eles que se aprendia e não era com outros (HV6).

Mais do que colocar a tónica no nível do desempenho e nas funções exercidas pelos auxiliares enfermagem comparativamente, como se de categorias homogéneas se tratasse, fortificando barreiras esbatidas há algum tempo, importa desnudar o cerne da questão.

A desvalorização social dos cuidados de enfermagem, em nossa perspectiva, é a questão central. Estes eram olhados na continuidade do trabalho doméstico, ignorando-se as suas especificidades. Consequentemente, não eram criadas

¹⁶⁹ Refere-se principalmente às categorias de chefe e subchefe.

condições, nem para o desenvolvimento de um conjunto de saberes, conhecimentos, habilidades e competências fundamentais à prestação de cuidados individuais e personalizados orientados para a “emergência do que é importante numa determinada situação de cuidado” (Hesbeen, 2006: 44), nem para a conscientização da relevância dos mesmos no processo de profissionalização. Esta é uma questão estruturante, pois, a visibilidade social da profissão é fundamentalmente edificada a partir de um “agir com sentido” (ibidem: 66) co-construído com os indivíduos, famílias e comunidade.

Na realidade, um conjunto de factos, externos e internos à profissão, contribuía para a construção e legitimação social das exigências restritas de formação (e da profissão) particularmente no âmbito da prestação de cuidados, o mais visível socialmente. Neste contexto de envolvimento, embora não se possam ignorar as consequências no processo de profissionalização, é compreensível, não só a relevância dada aos auxiliares de enfermagem pela enfermeira Maria Aurora Silva no que se refere ao processo de aprendizagem, como também à imprecisão na identidade profissional.

A enfermeira Carvalho Martins, favorável à formação de auxiliares de enfermagem, considera que estas não possuíam formação aprofundada no domínio da patologia, nem da farmacologia, mas sabiam cuidar do doente:

Sou pelas auxiliares de enfermagem. Elas saíam a saber cuidar do doente. Não sabiam muita patologia cirúrgica ou médica, nem farmacologia, mas sabiam cuidar do doente (HV1).

Estão em jogo diferentes noções de cuidar em enfermagem e, conseqüentemente, das exigências de saber que lhe estavam subjacentes. À época, os cuidados ainda se estribavam na forte delegação médica, sem que se sentisse necessidade da sua fundamentação, o que reforçava o estatuto de «auxiliar do médico» “naquele que era o papel técnico e moral da acção quotidiana” (Amendoeira, 2006: 207). Estava em causa basicamente o “saber fazer”, fortemente associado ao doente hospitalizado. Daí, também, o enfoque dos cuidados na figura do “doente”.

Com a concretização destas políticas, para além do já enunciado, criavam-se, desde a formação inicial, condições para a construção e consolidação do fosso entre executores/as de cuidados e os/as gestores/as em enfermagem. Divisão significa perda de força colectiva, dificuldade acrescida em criar sinergias, num grupo profissional que precisava exactamente do oposto. Assim, embora o curso

geral de enfermagem integrasse estágios no domínio da prestação de cuidados, iam-se construindo expectativas profissionais bem diferenciadas. Enquanto aos/às enfermeiros/as competiam funções de gestão, os/as auxiliares ficavam incumbidas da prestação directa de cuidados. Esta diferenciação, no sentido da supremacia social e hierárquica, era considerada importante por alguns/mas colegas. Dito de outro modo, à prestação de cuidados era atribuído e, legitimado por alguns/as enfermeiros/as, menor prestígio social:

Faziam-se estágios ligados à prestação de cuidados, mas pelo que se observava nos serviços dos Hospitais Cívis de Lisboa, ficava-se com a ideia de que, terminado o Curso Geral Enfermagem ir-se-ia ajudar os chefes. Chegávamos ao serviço e éramos logo adstritos ao chefe. Chamavam-nos “os enfermeiros de gabinete”. (...) Prestar cuidados era para auxiliares de enfermagem. O grosso dos cuidados era prestado por eles. Os enfermeiros orientavam os serviços, por exemplo, em neurocirurgia eram os chefes de equipa. Havia colegas nossos que achavam que isso lhes conferia estatuto. Era a categoria e a hierarquização no serviço! (HV6)

Acresce ainda que os saberes formais e experienciais dos/as auxiliares enfermagem de nada lhes serviam, caso pretendessem fazer o curso geral, ainda que fossem consideradas “boas profissionais” e a isso tivessem sido aconselhadas. Para os/as professores/as, a situação estava obviamente facilitada. Embora soubessem os cuidados básicos, considerava a narradora que lhes fazia “bem” repetir as abordagens:

Nós aconselhávamos as auxiliares que eram boas profissionais a fazer o curso de enfermagem. (...) O curso de auxiliares de enfermagem não lhes era reconhecido na prossecução da formação em enfermagem geral. Mas não fazia mal nenhum. Eram muito boas! As boas auxiliares davam muito boas enfermeiras. Davam tudo de novo. Para nós, era muito bom porque já sabiam os cuidados básicos. Fazia-lhes bem abordar os conteúdos uma segunda vez. (...) Ficavam a trabalhar de manhã até à 1 hora, não connosco, mas no hospital. À tarde vinham para a escola. Era a bolsa que o hospital lhes dava (HV1).

Dito de outro modo, de manhã prestavam cuidados, cujos saberes e conhecimentos eram ignorados, à tarde! Paradoxalmente, contribuía-se mais uma vez para a subvalorização dos saberes formais acrescidos dos experienciais no campo da prática de cuidados, que era quase totalmente assegurada por estes elementos. Constituíam-se uma medida de enorme violência simbólica, mas apesar disso, várias enfermeiras que ocuparam lugares de destaque na enfermagem investiram nesse percurso ascendente:

Muitas enfermeiras que estiveram nos RH do MS foram auxiliares de enfermagem (HV1).

O descontentamento óbvio no seio de auxiliares de enfermagem deu origem a um movimento organizado, apoiado por algumas das nossas narradoras:

(...) quando, na década de sessenta, surgiu o Movimento de Auxiliares de Enfermagem, aderi totalmente. (...). Lutei muito para acabar com aquilo, mas a verdade é que não tive nenhum apoio e as coisas só se alteraram com o 25 de Abril (HV2).

Pese embora as lutas, como refere a narradora, só com a Revolução de Abril se resolveu este problema. De qualquer modo, iniciou-se, aí, o percurso em direcção a um único nível de formação, procurando-se que os profissionais adquirissem competências mais similares. De acordo com outro testemunho, também começavam a existir pressões internacionais no mesmo sentido. As novas exigências em saúde e o início do processo de re/conceptualização da profissão impunham novos desafios à enfermagem:

Mais tarde, o Ministro da Saúde, penso eu que foi o Dr. Neto de Carvalho, participou numa reunião internacional em que se defendeu a importância e mais valia que advinha do investimento dos governos, na formação de enfermeiros. Era colocada, então, a tónica de que a formação de auxiliares de enfermagem não era compatível com as exigências de cuidados e com o entendimento que se começava a ter da profissão (HV3).

Vivia-se uma fase que se caracterizava internacionalmente pelo início da definição da “noção de «bases científicas» para os cuidados de enfermagem” (Collière, 1989: 214). As teorias e modelos de enfermagem, assentes em pressupostos filosóficos e científicos diversos, conferiam um novo impulso aos debates. Entrava-se numa fase de transição entre o paradigma da categorização (1850-1950, centrado na saúde pública e na doença) e o da integração (1950-1975, estribado na pessoa), a caminho do paradigma de transformação (1975 e seguintes) (Kérouac *et al*, 1996). Debatiam-se internacionalmente as concepções norteadoras da prática, da formação, da investigação e da gestão em enfermagem.

A abertura às novas tendências, que a profissão parecia tomar a nível internacional, contribuía para tornar mais claro, pelo menos discursivamente, que “os enfermeiros prestavam cuidados de enfermagem e as auxiliares de enfermagem realizavam algumas tarefas” (HV3). Porém, na prática, era fundamental que os serviços fossem dotados de efectivos suficientes, o que não acontecia.

1.4. Década de setenta: Entre a subtilidade na expansão minimalista e a centralização, um esboço de democracia?

A explosão do ensino de enfermagem, basicamente efectuada à custa da formação de auxiliares de enfermagem, a centralidade das políticas adoptadas

coexistindo alguns sinais de abertura expressos através da Portaria nº 34/70, constituem o enfoque dado pelas nossas narradoras às políticas elaboradas e promulgadas, nesta fase.

1.4.1. “O governo não dizia, mas queria encher o país de Auxiliares de Enfermagem”

Em Portugal, as ordens religiosas continuavam a assegurar grande parte dos cuidados prestados. Eram as freiras, a maioria sem qualquer formação específica, que assumiam a prestação de cuidados:

Estávamos numa fase em que os serviços eram assegurados, quase na totalidade, por pessoal ligado a ordens religiosas, sendo que a maioria das freiras não possuía formação (HV5).

A igreja tinha, durante décadas, contribuído para a representação do cuidar, que se dizia em enfermagem, na estrita esteira da vocação, da caridade e da bondade inerentes à suposta “natureza” feminina. Agora, sensivelmente a um quartel do século vinte um, o regime assegurava a expansão do ensino de enfermagem, mas sob pressupostos muito próximos. A formação de auxiliares de enfermagem, implementada na fase de maior vigor do Estado Novo, consolidada à medida que o ensino se expandia e diferenciava, era, agora, alvo de um novo impulso. Na sequência de pressões políticas exercidas, foram criadas várias escolas distritais¹⁷⁰, tendo por objectivos a formação, quase exclusiva, de auxiliares de enfermagem e a cobertura de serviços de enfermagem, nessas regiões:

Havia, à época [década de setenta], pressões políticas no sentido da abertura de escolas distritais, com os objectivos de formar, apenas, auxiliares de enfermagem e para fixar pessoal, na periferia do país (HV5).

O fenómeno de “proliferação de escolas regionais”, criadas sob pressão dos deputados na Assembleia da República dessas regiões, tomou tais proporções e contornos que a enfermeira Costa Macedo o designou humoristicamente de “diarreia das escolas”:

Abriram-se várias escolas de auxiliares de enfermagem a nível nacional, nomeadamente, na Guarda, Beja, Portalegre. A Enf.^a Emília Maria¹⁷¹ [Costa Macedo] dizia até, que estávamos perante a “diarreia de escolas”. (...) os

¹⁷⁰ Só em 1973, foram criadas várias através da promulgação de dois decretos. O Decreto-Lei nº 243/73, de 16 de Maio, criou as escolas de Leiria, Santarém, Setúbal e Viana do Castelo e o Decreto-Lei nº 569/73, de 10 de Outubro, as escolas de Angra do Heroísmo, Aveiro, Beja e Vila Real.

¹⁷¹ Do seu curriculum para além da presidência da ACEPS, realçam-se vários cargos e funções no âmbito da prestação de cuidados e da gestão de serviços de enfermagem e de escolas de enfermagem, nomeadamente EEAR e de EEAE.

deputados na Assembleia Nacional exerciam pressão para a criação de escolas, nas regiões que representavam (HV4).

O governo decidia investir na abertura de escolas para auxiliares de enfermagem sob o argumento da carência de candidatos ao curso geral de enfermagem, quando, na realidade, uma das grandes razões dessa carência se prendia com baixa remuneração auferida:

Os governantes “agarravam-se” ao pretexto de que não havia candidatos a enfermagem, pois estavam muito mal pagos, para construir escolas de auxiliares de enfermagem (HV3).

As escolas, então, criadas sob a referida pressão dos deputados não reuniam as mais elementares condições para a leccionação do curso geral de enfermagem, tendo exigido obras substanciais quando evoluíram nesse sentido:

Quase todas as escolas de enfermagem distritais foram criadas para formar auxiliares de enfermagem. (...) Foram escolas que, depois, exigiram obras substanciais porque eram pequenas e não tinham condições mínimas para serem escolas de enfermagem, nomeadamente salas técnicas (HV3).

A este facto, por si já demasiadamente pesado, por estarem em jogo bens dos mais elementares para os indivíduos e para a sociedade, a saúde e a educação, associava-se, ainda, o isolamento e a inexistência de recursos cruciais à formação formal e informal, à auto, hetero e ecoformação a que estavam dotadas as regiões onde as escolas eram criadas:

Nas capitais de distrito, nada havia, nem bibliotecas, nem se organizavam formações ou convívios. Era impossível partilhar saberes. No que se refere à formação de enfermeiros, não havia quase nada (HV5).

Os políticos pretendiam escolas abertas nas suas regiões, completamente alheios à inexistência de recursos mínimos para o seu funcionamento. Sob um interesse aparente, o governo aplanava a formação em enfermagem, substancialmente, por níveis mínimos. Era na prestação directa de cuidados, esmagadoramente assegurada por mulheres, que incidia a subvalorização da formação em enfermagem, com a agravante de ser esta a face socialmente mais visível da enfermagem.

O regime contribuía, assim, não só para construção de representações sociais relacionadas com a exigência mínima de saberes subjacentes à prática profissional, como para a produção dos/as profissionais de enfermagem nesse

mesmo sentido. São aspectos profundamente interiorizados, através do dito e do não dito, que chegam aos nossos dias¹⁷².

Deste modo, o aparente interesse do estado pelo ensino de enfermagem, já era olhado com desconfiança, pelas entidades de enfermagem responsáveis pelas estruturas centrais. Neste sentido, agiam em consonância. Nas reuniões com entidades governamentais faziam-se acompanhar de elementos com formação diferenciada, nomeadamente jurídica, de modo a mais rapidamente perceberem o sentido mais subliminar das políticas preconizadas pelo regime:

Nas reuniões com membros do governo, estrategicamente, procurava que a Dr.^a Maria dos Prazeres Beleza, Secretária Geral do Ministério da Saúde e Vice-Presidente Comissão Instaladora da EEAE, me acompanhasse. Era jurista e “apanhava” as coisas ainda, elas “vinham no ar”.

Alertou-me para algumas intenções do governo, nomeadamente para o investimento na formação de auxiliares em detrimento da formação de enfermeiros. Lembro-me bem de um dia me dizer:

- Os governantes estão a evitar fazer obras nas escolas onde se podem formar enfermeiros e a criar escolas que só têm condições para formar auxiliares de enfermagem, para encher o país de auxiliares de enfermagem (HV3).

Assim, o regime, tendo em vista expansão dos serviços de enfermagem sob uma lógica minimalista, isto é à custa basicamente de auxiliares de enfermagem, para além de investir na criação de escolas orientadas basicamente para este nível de formação, evitava fazer a manutenção das poucas estruturas escolares existentes, onde era possível a leccionação do CGE:

Em Lisboa, Porto e Coimbra havia condições para se formarem enfermeiros com o Curso de Enfermagem Geral, de três anos, embora com um programa que, em princípio, precisava de algumas alterações. Naturalmente, havia locais onde existiam Escolas de Enfermagem que não reuniam essas condições (HV3).

Os políticos “utilizavam estas estratégias e não as divulgavam, mas alguém ia descobrindo” (HV3). Nos grandes centros urbanos havia condições físicas, mas era necessário proceder à sua manutenção e ampliação. É de realçar que o estado era perfeitamente conhecedor da indispensabilidade desta medida, através do relatório *da Revisão do Ensino de Enfermagem* em 1965.

Para além destas medidas, a narradora reitera a necessidade de se proceder à revisão do plano de estudos que, como todas as medidas, era concebido a nível central.

¹⁷² Os artigos de Marta de Lima Basto (2005) e da Ordem dos Enfermeiros (2007: 48) apontam para esta realidade.

1.4.2. “As políticas centrais eram atrofiantes e estranguladoras”

A centralização constitui um dos enfoques dados pela enfermeira Correia Santos. Apesar de referir aspectos positivos da mesma, são basicamente as dimensões constrangedoras as mais realçadas. A centralização, de certo modo, permitiu organizar o ensino e resgatá-lo da orientação médica em direcção à autonomia profissional. Contudo, na medida em que foi uma estratégia que se perpetuou, constituiu-se numa poderosa força de bloqueio, sobretudo no que se referia à formação contínua:

As políticas centrais eram normalizadoras, quase tudo, até o currículo era regulado a esse nível. (...) As políticas centrais eram atrofiantes e estranguladoras. A centralização acompanhou-nos sempre e este facto teve coisas boas em relação à enfermagem, mas teve outras que foram péssimas, nomeadamente no que se refere à formação contínua (HV5).

De facto, a centralização atravessou os processos formativos, na sua generalidade, até um período relativamente próximo de nós. Evidenciam-no vários factos. Por exemplo, só, em 1983, a formação pós-básica¹⁷³, assim designada, à altura, passa a poder ser efectuada no Porto, Coimbra e Lisboa, dando sinais de alguma descentralização (Santos, 1993). A nível de formação inicial, como refere a narradora, também tudo era centralizado. O último plano de estudos do CEG, elaborado a nível central data de 1987¹⁷⁴. A “normalização” e “centralização” reflectem a ideologia e acção regulatória dominante, bem como as conceptualizações subjacentes à formação. Neste sentido, a coarctação inerente à centralização é fortemente realçada por esta narradora que desenvolveu grande parte do seu percurso profissional na periferia, ou seja, reflecte o seu “sentir” no quotidiano profissional. Este facto é particularmente importante, não só pelos constrangimentos que se erguiam em termos de qualificação dos recursos, como também para o desenvolvimento integral dos/as profissionais enquanto cidadãos/ãs. Contudo, um dos diplomas legais deixava perceber sinais de mudança no horizonte.

1.4.3. “Alguma legislação já dava muitos sinais de mudança”

O Regulamento Geral das Escolas de Enfermagem, publicado em 1970, introduzia algumas medidas inovadoras que, num contexto de repressão política

¹⁷³ O Decreto-Lei nº 285, de 16 de Junho de 1983, criava as Escolas de Enfermagem Pós-Básicas em Lisboa, Porto e Coimbra.

¹⁷⁴ (cf. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge 1987).

intensa e duradoira e de forte centralização, se constituíam, para a narradora, num verdadeiro «encanto»:

A Portaria¹⁷⁵ era uma “delícia”, já dava muitos sinais de mudança (HV5).

De facto, a participação de entidades interessadas na gestão da escola, nomeadamente de estudantes, a opção por um documento substancialmente menos prescritivo que os anteriores e a substituição do capítulo disciplinar por outro com contornos mais próximos de um código disciplinar constituem algumas das disposições preconizadas que se afastam substancialmente da ideologia do regime, no seu apogeu.

No que se refere à gestão participada das escolas de enfermagem, um dos importantes elementos de uma escola democrática, pode ter ocorrido na sequência da filosofia que começava a entrar no ensino de enfermagem, nomeadamente através da EEAE, e/ou pela dificuldade que o estado tinha em autonomizá-las, numa fase, em que o ensino deixava de estar, quase exclusivamente, na dependência dos hospitais. De qualquer modo, dando voz à comunidade e particularmente aos alunos começavam a desenhar-se os contornos de uma educação para a cidadania. Se este facto é de relevância inquestionável, na sua generalidade, numa população discente, maioritariamente feminina, durante muito anos, sujeita a uma educação, primordialmente, orientada para a passividade e “sem voz”, evidencia-se, ainda, muito mais. Recorrendo aos termos da narradora, “era uma delícia”. Neste sentido, independentemente de se estribar numa visão instrumental, num “disfarce humanista”¹⁷⁶ ou numa orientação democratizante, a verdade é que a gestão democrática das escolas de enfermagem se antecipou ao processo equivalente no sistema educativo nacional.

Atendendo ao teor dos debates apresentados em secções anteriores, não será abusivo dizer que se visava a democratização da formação, caminhando-se nesse sentido, já um pouco antes da revolução de Abril.

¹⁷⁵ Portaria nº 34/70, de 14 de Janeiro

¹⁷⁶ Expressão de Stephen Stoer (1986).

2. POLÍTICAS DE FORMAÇÃO NO ESTADO DEMOCRÁTICO: DAS MUDANÇAS COMPLEXAS E TARDIAS

No que se refere ao estado Democrático, destaca-se o período pós revolução e a década de oitenta.

No âmbito do primeiro, salientam-se as reivindicações no domínio da igualdade de classe social, mantendo à margem as discriminações de género ocorridas na prática e a facilidade de acesso à formação permanente, nem sempre percebida como oportunidade de desenvolvimento profissional.

A emergência de um “novo ciclo”, na década de oitenta, tem como linhas de força algumas alterações no âmbito das relações de género, com enfoque em aspectos relacionados com a formação e exercício masculino e no domínio da consolidação da autonomia profissional.

Expressam-se dificuldades e constrangimentos à formação (e exercício profissional) decorrentes da acção do estado, mas também se enunciam clivagens internas à profissão, em estreita relação com um passado político e socialmente construído na linha da submissão, dependência e forte hierarquização.

2.1. Igualdade social e cegueira de género nas políticas de Abril

A Revolução dos Cravos trouxe consigo a luta por espaço e voz daqueles/as que tinham sido silenciados/as por mecanismos vários, designadamente pela inculcação ideológica veiculada pela educação ou pelos diversos meios de opressão. Como refere Dali, “tudo era extremamente apaixonado e motivador, no sentido de exigir aquilo que era o nosso ideal político”. Tudo se jogava num contexto de questionamento político sem precedentes, cuja expressão atravessava os diversos fenómenos sociais, nomeadamente a formação em enfermagem.

O retrocesso económico subjacente à proposta dos sindicatos em relação à carreira docente, a proliferação da oferta no âmbito da formação permanente, por vezes, optimizada sob restrita perspectiva curricular, a passagem a um nível único de formação e a manutenção da discriminação de género, dão corpo a acontecimentos narrados, num contexto de abertura, mas também de turbulência, próprios das revoluções.

2.1.1. “Os sindicatos lutaram para tirar uma letra à carreira docente!”

Como vimos anteriormente, desde a década de sessenta, que a formação na área da gestão e da docência era considerada prioritária, tendo gozado de um estatuto social privilegiado. Enquanto isso, o descontentamento ia crescendo entre os/as prestadores/as de cuidados directos. Sob os ideais de Abril, as tendências re/orientavam-se.

Assim, na perspectiva de uma das narradoras, os sindicatos revitalizados pelo movimento revolucionário centraram-se primordialmente na enfermagem hospitalar, tendo-se debatido pela desvalorização da carreira docente. Constituiu um acontecimento inesquecível e único na história dos sindicatos:

No pós 25 de Abril, a enfermagem hospitalar estava muito dependente dos sindicatos. Tanto que, o nosso país foi único: Retirou uma letra à carreira docente! Não há história dos sindicatos lutarem para diminuir o estatuto dos trabalhadores, como o fez com os docentes de enfermagem. Pela primeira vez na história das revoluções, e nas revoluções há sempre problemas, se lutou para tirar uma letra à carreira profissional! Isto foi histórico! Foi uma grande luta!

As pessoas esquecem-se disso, mas posso viver oitenta anos, que não me hei-de esquecer Percebe-se que, depois, os professores não tenham querido nada com os sindicatos de enfermagem (HV4).

É com base neste acontecimento que explica o facto de alguns/as docentes preterirem os sindicatos de enfermagem a favor dos de professores, aquando da sua integração na carreira docente do ensino politécnico. Deste modo, também se ergueram questões de identidade profissional. À época, debatia-se bastante a questão da designação: professores/as ou enfermeiros/as, doutores/as ou enfermeiros. Dos discursos (HV4 e HV6) pode-se ainda depreender a existência de alguns sinais de desvalorização económica do estatuto da carreira docente (Amendoeira, 2006) e do inverso em relação à carreira de enfermagem. De qualquer modo, parece ter presidido uma lógica de nivelar por baixo, mesmo internamente.

2.1.2. “No pós 25 de Abril: procura de formação por razões curriculares”

Do ponto de vista de uma das narradoras, no pós revolução, surgiram imensas oportunidades no domínio da formação permanente, sendo esta de uma relevância incontestável para o desenvolvimento profissional de enfermagem. Considera, porém, nem sempre foi entendida nesse sentido. A motivação de algumas enfermeiras circunscrevia-se ao estrito plano de aumento do Curriculum Vitae:

Penso que a formação em enfermagem é essencial e, no pós 25 de Abril, houve muita. Também acho sinceramente, que muitas enfermeiras só lá iam para obter currículo, mas pouco ligavam. Muitas vezes, chegavam às formações, assinavam, iam-se embora e voltavam mais tarde (HV2).

Vivia-se uma fase em que se evidenciavam as questões de promoção na carreira e para as quais o currículo era fundamental, mas também se carregava o pesado legado socialmente construído em torno da subvalorização da formação em enfermagem, com enfoque na área da prestação de cuidados. Surgiram, pois, oportunidades pelas quais lutaram de forma acérrima, tendo sido, por vezes, entendidas mais na linha dos grupos, até aí, dominantes. De facto, a reprodução social não obedece a uma lógica simples e linear (Morrow e Torres, 1997; Apple, 2001), existe uma margem de autonomia relativa que importa aprender a gerir no máximo do seu potencial.

2.1.3. “A criação de um só nível de formação não foi isenta de tensões”

Como temos vindo a analisar, desde finais dos anos sessenta, que se lutava pela extinção do curso de auxiliares, tendo-se conseguido algumas alterações, entre as quais a criação do Movimento de Auxiliares de Enfermagem e o Curso de Promoção de Auxiliares de Enfermagem, em 1972. Porém, a extinção desse curso só foi passível de ser concretizada em plena revolução de Abril:

Algumas coisas foram sendo feitas, mas a extinção do curso de auxiliares de enfermagem só foi conseguida com a “ajuda” do 25 de Abril (HV3).

Na perspectiva de outra narradora, para além do contexto político favorável, foi fundamental a responsabilidade assumida pelos sindicatos, neste processo:

(...) consubstanciado num quadro político que o potenciou e que a responsabilidade assumida pelos sindicatos permitiu.

Foi nesta fase, em que o povo veio às ruas clamando pelo fim do elitismo e dos privilégios de determinados grupos sociais, que se reuniram as condições necessárias ao terminus deste curso. As questões sociais, mais do que as de género, constituíam, à época, o enfoque central das reivindicações. Neste contexto, pode-se perceber a relevância dada à mobilidade social subjacente à possibilidade de aceder à enfermagem (por outras vias que não realização do curso na sua globalidade):

Estamos a falar de gente [AE], para quem o acesso à enfermagem representava mudança de estatuto social (HV6).

O acesso à enfermagem, sobretudo para as jovens oriundas da província e de famílias menos favorecidas, representava uma oportunidade de, não só

melhorarem as suas condições de vida, como também de lhes ser reconhecido um outro estatuto relativamente mais elevado, na sua «terra natal»:

Uma jovem que tivesse: saído da aldeia, onde os pais trabalhavam na fábrica, profissão que nunca quis para si; vindo para a cidade com a 4ª classe; tirado o curso de auxiliar de enfermagem; e passado a ser enfermeira, quando voltasse à terra, havia um reconhecimento, havia promoção social. Depois, tinha emprego e uma remuneração superior à média. Claro que sempre se ganhou pouco comparativamente, por exemplo, com os médicos (N 6).

Todavia, a passagem para um nível único de formação foi um processo muito complexo, permeado de tensões e conflitos:

Mas a extinção de auxiliares de enfermagem, ou seja, a criação de um só nível de formação, não foi isenta de tensões, confusões e lutas (HV6).

No seio do grupo, assistiu-se a um “cerrar” de posições. No que se refere às duas narradoras que se manifestaram em relação a este assunto, as posições expressas variaram entre a aprovação aberta e explícita e a anuência sob reservas:

Não é por acaso que as auxiliares de enfermagem apresentaram um abaixo-assinado para lhes ser dada oportunidade para fazer um curso de promoção, e ao qual disse logo que sim (HV6).

Opus-me à passagem automática, mas fui a favor do reconhecimento das tarefas e dos conhecimentos e se fizesse formação nas áreas lacunares. Estive contra a passagem automática e voltaria a estar. (HV4).

A enfermeira Sintra assume convictamente que, para ela, estava fora de questão qualquer processo de acesso à enfermagem que não passasse pela certificação de conhecimentos e competências complementada pela formação nos domínios considerados fundamentais ao exercício profissional de qualidade. Opôs-se à transição automática considerando a legitimidade parcial e precária a que ficava vinculado o processo. Optar por esta via seria colocar estes profissionais numa situação vulnerável face, quer ao estado, quer ao grupo profissional:

Não quis a passagem automática por uma razão: se optássemos por esta forma, um ano depois da revolução passar, qualquer governo podia anular a decisão tomada. Fui a favor do reconhecimento das tarefas e dos conhecimentos e que se fizesse formação complementar nas outras áreas. Só assim os/as auxiliares [de enfermagem] seriam iguais entre as iguais. De outra forma seriam sempre diferentes (HV4).

Assumi publicamente o sentido de opinião por si defendida. Foi, inclusive, um dos elementos que esteve “na criação do Sindicato Nacional de Enfermeiros Diplomados (SNED)”. Relatou-nos, com vivacidade, um dos confrontos com que se debateu na EEAR, no contexto do activismo sindical. Explicitava aí, os termos e argumentos subjacentes à posição tomada, bem como o profundo desacordo face ao que designou de “facilitismos”:

Fui à Escola de Enfermagem Artur Rava. Estavam contra a minha posição, mas aguentei! Fiz um desenho no quadro e disse-lhes:

- Um dia mais tarde, vão ver que o que estão a dizer não é verdade. Quem é elitista e reaccionário é quem vos apresenta "*facilitismos*".

Lembro-me, claramente, das minhas palavras:

- A água não é igual ao vinho, a batata não é cenoura. A formação de três anos não pode ser igual a dezoito meses!

Diziam:

- Fazemos trabalho igual.

- Não. Vocês podem fazer uma tarefa igual. Por exemplo, podemos administrar um medicamento, a técnica pode ser perfeita. No entanto, tenho a obrigação de saber os efeitos, as reacções ao medicamento e a fundamentação. Podem ter aprendido pela prática, o que eu sei pela formação. Se assim é, vamos analisar as competências e dar equivalências. Vamos saber o que sabem e não sabem. Ao que sabem dá-se equivalência e, relativamente ao que não sabem, fazem formação. Não sabem sociologia, psicologia, fundamentação teórica de enfermagem e outras coisas. A formação tem que contemplar estas áreas lacunares. Só assim, quando terminarem o curso, o valor do vosso diploma é igual ao do meu (HV4).

Através dos diálogos proferidos em clima de tensão e muito concretamente da expressão "fazemos trabalho igual", se percebe o efeito sobre a maioria dos sujeitos do enfoque discursivo sobre o "fazer", que obstaculiza a compreensão da «natureza dos cuidados de enfermagem» bem como sua re/conceptualização.

Retomando as posições em relação ao acesso à enfermagem, constatou-se que para além das orientações explicitadas, isto é, umas no sentido do acesso directo à enfermagem e outras estribadas na complementaridade entre a certificação de adquiridos e a formação complementar nas áreas lacunares, havia quem se opusesse a qualquer destas alternativas:

Digo com toda a franqueza, houve quem estivesse nesta luta, para não as deixar passar (HV4).

De acordo com esta perspectiva, manter-se-ia a situação vigente até aí. Neste sentido, a enfermeira Maria Aurora Silva relembra que se gerou um "movimento" de oposição aberta ao processo de unificação e que também não foi por acaso que este foi liderado por professoras da ETE e enfermeiros/as de outras instituições que advogavam a manutenção dos dois níveis de formação:

Também não é por acaso que o movimento contrário foi encabeçado por professoras da ETE e outros que, não sendo da ETE, também defendiam a lógica da diferenciação (HV6).

A narradora que não participou em parte do processo, por estar ausente do país, considera-o estrategicamente muito bem conduzido, tendo-se constituído crucial para o culminar dos actuais desenvolvimentos da enfermagem portuguesa:

(...) a passagem a um nível único de formação em enfermagem, que, embora parte dele tenha decorrido no período em que estive ausente do país, é minha convicção de que, se estamos hoje aqui, deve-se à estratégia desenvolvida! (HV6)

Enfatizando a capacidade de dinamização e mobilização de um grupo profissional que durante anos lutou e se debateu no e pelo campo da formação e profissionalização, descreve sumariamente o processo e os resultados. Apesar da esmagadora prevalência de auxiliares de enfermagem, em sua opinião, nada obstou a que o processo fosse ágil, rigoroso e actualizado. Foi concebido, tendo por base o diferencial encontrado entre os adquiridos e o preconizado no plano de estudos mais actual, à época:

Na Escola de Enfermagem Artur Ravara, a proporção da formação de enfermeiros/auxiliares de enfermagem era de 1 para 3. Quando se deu o 25 de Abril, a proporção era de 3000 a 3500 enfermeiros para 15000 a 15500 auxiliares enfermagem. Num curto espaço de tempo, entre 1975 e 1981/82, conseguimos ter quase 15000 pessoas com a mesma formação teórica em enfermagem. No espaço de 6 anos, deu-se a possibilidade de 15000 pessoas fazerem formação teórica em enfermagem, com toda uma carga horária e um processo rigoroso de avaliação subjacente.

O currículo teórico dos auxiliares enfermagem foi avaliado e analisaram-se as discrepâncias relativamente ao Plano de Estudos, do Curso Geral de Enfermagem, de 1976. Nem sequer foi de acordo com o plano de estudos do meu curso, por exemplo. Estava-se a falar do mais actual! (HV6)

Para a consecução do processo foi necessário desenvolver o sistema de certificação e criar centros de formação, sendo que nem todas as escolas de enfermagem aderiram:

Neste processo formativo, houve escolas que aderiram e outras, não. Abriam-se centros de formação e desenvolveu-se todo o sistema de certificação de adquiridos (HV6).

Deste modo, tendo afirmado apenas o seu assentimento, no que a este assunto se refere, percebe-se que o rigor e a seriedade do processo constituem, em sua perspectiva, componentes de importância indelével para o processo de profissionalização.

2.1.4. “Dificuldade na integração de homens em algumas equipas”

A enfermagem obstétrica era uma das áreas vedada à formação prática e ao exercício profissional masculino, durante o Estado Novo. Com a Revolução de Abril, conquistava-se juridicamente a igualdade de género. No entanto, como referimos no capítulo IV, os pontos de contacto entre o preconizado juridicamente e a realidade prática eram muito poucos.

De acordo com a enfermeira Maria Diogo, também na enfermagem, se mantiveram as dificuldades em integrar homens em equipas, ao longo dos anos exclusivamente femininas. Descreve a situação concreta de um enfermeiro que,

tendo efectuado Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, se viu impedido de exercer funções na Maternidade Alfredo da Costa:

Lembro-me de um enfermeiro que, no pós 25 de Abril, foi tirar o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o que era raro, e ser rejeitado pela Maternidade Alfredo da Costa. Continuava, mesmo após a revolução, a haver dificuldade em integrar homens nestas equipas (HV2).

Importa realçar, por um lado, o enfoque colocado nas vivências masculinas de natureza discriminatória, sem que se tenha problematizado a situação das enfermeiras. Por outro, a “naturalidade” com que parece ter sido violada a lei, numa fase de contestação política aberta.

De facto, com a Revolução de Abril lutou-se, primordialmente, pela atenuação das desigualdades de classe social. À época, houve pouca sensibilidade para trazer a discriminação de género para o centro dos debates políticos e educacionais. Portanto, dificilmente poderiam existir mudanças visíveis no domínio da igualdade de oportunidades em educação (cf. Fontaine, 1977; Magalhães, 1998; Araújo e Henriques, 2000; Henriques e Pinto, 2002).

Assim, nesta fase, as políticas de formação em enfermagem (e as práticas) acompanharam as tendências sociais vigentes.

2.2. Década de oitenta: A emergência de um novo ciclo

A publicitação de um conjunto de disposições legais, imprescindível ao processo de profissionalização e pequenas e restritas transformações nas relações sociais de género, marcam a entrada da enfermagem num “novo ciclo” (HV6) que, atravessa quase em absoluto a década de noventa. De certo modo, representa o culminar de um processo trabalhado ao longo dos tempos, cuja liderança foi exercida maioritariamente por mulheres.

Neste sentido, urge revisitar o passado para melhor compreender e interpretar os fenómenos subjacentes a este “novo ciclo”. De seguida, procede-se à interpretação das vozes das narradoras em torno das mudanças que lhe conferem um sentido renovado. O alargamento de equipas mistas a outros serviços, para além dos de urgência e psiquiatria e os grandes acontecimentos inerentes à profissionalização, nomeadamente a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo, a criação do Regulamento do Exercício

Profissional dos Enfermeiros (REPE) e da Ordem dos Enfermeiros, constituem as linhas de força, desta secção.

2.2.1. Ampliando o domínio de actuação dos homens em enfermagem

Como temos vindo a constatar, durante o Estado Novo, assistiu-se ao reforço da construção social e política da profissão no feminino. Só foi referenciada a percepção de sinais de mudança, a partir da década de oitenta. A composição mista de equipas com intervenção para além da psiquiatria e urgência e a formação (e exercício) na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a mais antiga das especialidades, constituem algumas das mudanças enunciadas:

Não estamos a falar de há duzentos anos atrás. Foi ontem! As equipas mistas são dos anos oitenta, à excepção das urgências e da psiquiatria que, sempre o foram. Os primeiros enfermeiros obstetras são da década de oitenta, sendo a especialidade mais antiga! (HV6)

Neste sentido, as medidas enunciadas traduzem-se, sobretudo, na ampliação das áreas de intervenção ao exercício masculino. Não deixando de se constituir uma mudança relevante em termos de cuidar em enfermagem, como área de intervenção de profissionais de ambos os sexos, não significa, necessariamente, que houvesse intencionalidade imediata de combater as repercussões inerentes às discriminações que incidiram sobre a vida das enfermeiras, de forma persistente e duradoira.

2.2.2. Os novos “instrumentos de profissionalização”

A construção (e promulgação jurídica) de instrumentos inerentes à integração do ensino de enfermagem no sistema educativo, ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e à criação da Ordem dos Enfermeiros foram determinantes da consubstanciação profissional, tendo estes demarcado o início de um novo ciclo na enfermagem:

(...) construção de instrumentos que vieram consolidar a profissionalização da enfermagem, em Portugal, e que marcaram um novo ciclo, a saber: a integração no ensino superior, o estatuto profissional dos enfermeiros e a Ordem dos Enfermeiros (HV6).

A voz das narradoras, sobretudo da enfermeira Maria Aurora Silva, revisitando esta fase, permitiu trazer à luz os significados de cada um destes “instrumentos” bem como dos processos que os conformaram.



- **“Houve muitos obstáculos à integração no ensino superior”**

Neste campo, foram realçadas as dificuldades e tensões por inerência às posições do estado, mas também pela divergência no seio da profissão, expressas, quer a montante, quer a jusante, da integração do ensino de enfermagem no ensino superior nacional. De qualquer modo, a primeira fase foi bastante mais evocada.

O processo de transição a um nível único de formação estava ainda em curso, quando se colocou a questão de forma mais incisiva. Na opinião de duas das nossas narradoras, Correia Santos e Maria Aurora Silva (HV5 e HV6), na altura, não estavam reunidas as condições necessárias à referida integração:

Estávamos neste processo de passagem a um nível único de formação quando surgiu de forma mais contundente a questão da integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional. Acho que, na altura, não existiam condições objectivas à concretização da passagem ao ensino superior (HV6).

A heterogeneidade de formações em enfermagem, a diversidade de habilitações académicas e a manutenção de um limiar mínimo de habilitações de acesso constituíram pesados entraves ao processo. Neste contexto, a enfermeira Maria Aurora Silva enfatizou a relevância das duas últimas. Por um lado, existia uma enorme diversidade de habilitações académicas na sequência das diferentes exigências subjacentes a cada um dos níveis de formação, agravada pelo desequilíbrio numérico entre efectivos de enfermagem e de auxiliares de enfermagem. Por outro, o estado mantinha a exigência mínima de habilitações literárias de acesso, embora, na prática, os/as estudantes acessem com nível muito aproximado ao que se exigia em termos de ensino superior:

Havia uma heterogeneidade de formações prévias à enfermagem, ou seja, de habilitações académicas, mais do que em enfermagem, propriamente dita. Em 1965, passou-se a exigir o 5º ano dos liceus, para o acesso ao Curso Geral, e o 2º ano para o Curso de Auxiliares. Contudo, tendo-se mantido a proporção de 1 enfermeiro para 3 auxiliares de enfermagem continuaram a existir mais elementos com o 2º ano. Por outro lado, embora a habilitação académica mínima de acesso ao ensino de enfermagem fosse o 9º ano ou equivalente, a evolução da sociedade portuguesa obrigou a que, na prática, apenas, fossem admitidos alunos com o 11º ano (HV6).

Deste modo, considera que foi a democratização do ensino (entendida, assim, como oportunidade acrescida de acesso) que forçou as mudanças posteriores e, não tanto, a profissão:

O ensino democratizou-se de tal forma que foi a evolução social a condicionar o acesso e não tanto a própria profissão. No que respeita à formação inicial, em enfermagem, a evolução fez-se, pois, de fora para dentro e não de dentro para fora, ou seja por pressões societais (HV6).

De facto, o estado nivelou de forma restritiva as habilitações de acesso (e não só) sob pretexto de que afastaria candidatos/as, numa fase de considerável carência de efectivos, mas não alterou a posição quando, de forma evidente, aquele argumento não colhia. Dito de outro modo, manteve durante algum tempo as exigências de habilitações académicas, por exemplo, com o 9º ano de escolaridade ou equivalente legal, quando, na prática, os/as candidatos/as possuíam e eram admitidos/as com habilitações superiores.

Assim, a “integração no ensino superior foi um processo cheio de tensões” (HV6), não só no plano externo, mas também interno à profissão (ver capítulo VII). O muro de dificuldades solidamente edificado, ao longo dos anos, teimava em persistir, mesmo após a consumação da integração do ensino de enfermagem no sistema educativo. As universidades continuavam a mostrar a sua indisponibilidade em aceitar as candidaturas a mestrado de enfermeiros/as com a equivalência à licenciatura em enfermagem, tendo a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (FPCEUL), em 1991, assumido a vanguarda, na ruptura:

(...) a FPCEUL era o primeiro estabelecimento de ensino superior público a “abrir as portas” aos enfermeiros para fazerem os seus mestrados, tendo a equivalência à licenciatura como habilitação de acesso. Todas as outras universidades mantiveram-nas “fechadas”, alegando que os Cursos de Especialização em Enfermagem não eram licenciaturas. Os enfermeiros que, até aí, acediam a mestrados possuíam licenciaturas em diferentes áreas (HV5).

Como refere Rui Canário (1997), a FPCEUL foi pioneira na promoção de mestrados especificamente orientados para a qualificação de grupos multiprofissionais. Seguiram-se outras iniciativas, nomeadamente pelo Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar e, mais tarde, a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Deste modo, com mais alguns passos dados em termos de formação, havia que concretizar outros em direcção à complexa consubstanciação da autonomia profissional.

• Conferindo à enfermagem um estatuto de profissão de saúde

Urgia a legitimação da enfermagem como profissão de saúde em igualdade de circunstâncias com as demais profissões de saúde:

O enquadramento político subjacente a esta matéria implicava a introdução de legislação no quadro jurídico português que conferia à enfermagem um estatuto de profissão de saúde, no mesmo patamar das restantes profissões (HV6)

As transformações na natureza e âmbito da intervenção em enfermagem deveriam ser, doravante, socialmente visíveis. Neste sentido, no seio dos grupos de trabalho, defendeu a construção e concretização de um projecto de intervenção consentâneo com os princípios enunciados, cuja interpretação mais aprofundada se remete para o âmbito da agência política (ver capítulo VII).

É de referir, tal como vimos no capítulo anterior, que a problemática da autonomia profissional atravessava os contextos internacionais, pelo que, o Conselho Internacional de enfermeiros (ICN) incentivou os seus membros a efectuarem desenvolvimentos concretos, nesse sentido. Em Portugal, essa responsabilidade cabia a Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE), organização que representava a enfermagem portuguesa, no ICN, à época:

"o ICN vinha a desenvolver as primeiras orientações no sentido das Associações Nacionais investirem também nesta área. Em Portugal, cabia à Associação Portuguesa de Enfermeiros essa responsabilidade" (HV6).

Deste modo, a APE criou grupos de trabalho para o efeito, tendo o Sindicato dos Enfermeiros do Sul e Ilhas integrado dois deles. Desenvolveram todo um trabalho que culminou com a apresentação de anteprojecto de lei, no Ministério da Saúde. Sensivelmente no mesmo momento, o secretário de estado, desse Ministério, nomeava estrategicamente um grupo de trabalho para estudar a regulação profissional, ignorando o resultado de um trabalho construído com o grupo profissional, como adiante veremos.

Face à crise gerada, os outros sindicatos, cujo papel, neste processo, foi menos evidente, defendiam que esta competência cabia ao órgão de regulação profissional a criar:

Entretanto, alguns sindicatos, que pouco se tinham envolvido no processo, defendiam a criação da Ordem dos Enfermeiros, e seria, no entender destes, a esta organização que competiria a elaboração da regulamentação profissional (HV6)

- **A criação de um órgão de regulação profissional**

A necessidade de mecanismos que assegurassem a autonomia profissional era clara e consensual, aliás como temos vindo a referir em secções anteriores. Porém, as diferentes implicações inerentes a um passado de dependência cerrada estavam na génese de duas perspectivas substancialmente divergentes em termos de estrutura a adoptar. Uma defendia a criação de um organismo tutelado e a outra visava uma entidade autónoma:

No que respeita ao órgão de regulamentação e controlo do exercício profissional, se havia consenso sobre a sua necessidade de autonomia face ao poder político, não era evidente o formato que devia assumir. Chegaram-se, mesmo, a configurar duas possibilidades: a de um organismo tutelado e a de um organismo autónomo. A opção por uma ou outra alternativa não era alheia à recomposição dos poderes profissionais e das concepções que lhes estão subjacentes no que respeita ao poder dos enfermeiros livremente organizados, assim como à delimitação das funções que deveriam ser acometidas ao organismo de regulamentação e controlo do exercício profissional (HV6).

Na perspectiva da narradora, mais do que os complexos momentos vividos interna e externamente, importa o resultado final, isto é, a criação de um órgão que assegura a autonomia profissional:

Foi uma fase muito difícil, de muitas incertezas, dúvidas e sobre a qual, pouco tempo passou para que se possa fazer história. Importa, sobretudo, que se tenha criado um órgão que assegura a tomada de decisão dos enfermeiros sobre o que à profissão diz respeito (HV6).

A importância conferida à criação do órgão de regulação do exercício profissional de enfermagem é tal que transcende a eventual problematização de cariz sociológico em torno das ordens profissionais, na sua generalidade:

Ordem dos Enfermeiros, até porque representou a nossa plena valorização em termos profissionais, independentemente do que se possa questionar em torno das Ordens e da sua potencial limitação da liberdade das pessoas (HV5).

Talvez, pela proximidade temporal, pela intensidade das vivências e, quiçá pela natureza das funções exercidas, este domínio pelo qual se lutou afincadamente durante décadas, não tivesse, em nosso entender, sido mais desenvolvido e explícito nas Histórias de Vida.

3. SINTETIZANDO

Neste capítulo, ouviram-se as vozes das narradoras em torno das políticas sociais com eco na formação em enfermagem, tendo-se calcorreado um percurso iniciado com a publicitação das primeiras políticas de formação em enfermagem até autonomização relativa da profissão, ocorrida já muito próximo do final do século XX.

Durante a vigência do Estado Novo, as políticas tiveram um cunho fortemente redutor, minimalista e centralizador. De forma breve, podem ser retiradas algumas conclusões:

Em relação à década de quarenta, a fragilidade e a vertente de falsa moralidade que as perpassava constituem os enfoques dados. A proibição do casamento às enfermeiras hospitalares trouxe, pela voz das narradoras, dimensões que outro

tipo de metodologia jamais permitiria. A omissão da lei, a maternidade na clandestinidade, o sentido do celibato, à época, evidenciam-no.

Na década de cinquenta, um pouco à semelhança do que Rosas (1994) afirma em relação à sociedade portuguesa, em geral, também começaram a ser perceptíveis pequenos sinais de mudança, diga-se desde logo, circunscritos a nível do ensino.

Na década de sessenta, operaram-se transformações “impensáveis”, no âmbito profissional e no domínio privado, num contexto de marcada pressão. Constatase, assim, a intensificação das lutas com o poder político, a partir da década de sessenta. A articulação com processos de mudança social será concertada um dos factores que explica, pelo menos em parte, esta situação. Uma das particularidades realçadas prende-se com as transformações operadas sob lideranças femininas. A integração e o perfil da enfermeira Fernanda Resende, na DGH, sendo a primeira mulher a ser inspectora de um órgão ministerial; a revisão do ensino de enfermagem de 1965, a criação da EEAE; a criação e a transformação relativamente célere dos cursos de raiz em cursos de especialização, passando pela obstaculização do regime à colaboração com organizações estrangeiras de saúde e de enfermagem e pelo debate em torno da formação de auxiliares constituíram dimensões convocadas, algumas das quais sob consensos, enquanto outras revelando pluralidade de opiniões. A grande dificuldade com que a enfermagem se tem confrontado, sobretudo no campo da formação, ao longo dos tempos é algo absolutamente consensual.

São ainda de realçar alguns sinais de democratização das escolas, na fase que precedeu a Revolução de Abril, tendo-se, inclusive, antecipado em relação ao sistema educativo nacional. Porém, a par desta medida, o estado reforçava o seu investimento numa formação minimalista, consubstanciada pela ‘proliferação’ de escolas de enfermagem distritais, destinada à formação de auxiliares de enfermagem, sendo que algumas delas não reuniam condições estruturais a uma formação de qualidade.

No pós Revolução de Abril, a contestação à desigualdade social decorrente das políticas adoptadas, mantendo esquecidas as discriminações de género, os diferentes entendimentos e posturas face à formação permanente e a exacerbação das clivagens no seio da profissão assumiram a centralidade do debate.

O período que permeia as décadas de oitenta a meados de noventa marca a entrada de um “novo ciclo” para a enfermagem. Progressivamente, consolidava-se o difícil e complexo percurso de autonomização (relativa) da profissão. O processo de criação de instrumentos de profissionalização, nomeadamente no que se refere ao REPE, à Ordem dos Enfermeiros e à integração do ensino de enfermagem no ensino superior, e a ampliação do domínio de actuação dos homens, na enfermagem, conformam as linhas de força das transformações (e algumas continuidades) operadas no período em questão.

Deste modo, as dificuldades, os constrangimentos, as lutas foram percebidos como uma marca directa das políticas ou como consequência tardia e indirecta das mesmas, mas só muito pontualmente foram relacionadas pelas narradoras com as questões de género, o que poderá indicar uma consciência relativamente limitada do papel do estado na subordinação das mulheres em geral, e das enfermeiras em particular.

Assim, continuando o percurso de pesquisa através das vozes que as narradoras nos providenciaram, fazem-se emergir, de seguida, diferentes percepções e perspectivas em relação à articulação do “feminino” e os percursos de formação em enfermagem.

CAPÍTULO VI. SINTONIZANDO PERCURSOS E RESSONÂNCIAS DE UMA FORMAÇÃO CONSTRUÍDA NO FEMININO

INTRODUÇÃO

Em capítulos anteriores, nomeadamente através da interpretação de políticas de formação, na intertextualidade entre os termos das narradoras e os nossos, assim como da análise documental, foram identificadas algumas «estruturas de inibição» (Young, 2003), isto é, a existência de dispositivos normativos, regras institucionais e normas culturais que permitiram recriar, reforçar as condições de subordinação das enfermeiras, presumindo diferentes papéis sociais com base em diferenças biológicas, de certo modo, estáveis, ou melhor, sujeita a mudanças lentas.

Falar numa formação construída no feminino é desocultar percursos conformados no imaginário “feminino”, essencialista, permanente e imutável. ‘As enfermeiras’, nesta concepção, seriam seres ahistóricos e sem iniciativa expectável. Contudo, as subjectividades construíram e constroem-se numa arena de conflitos decorrentes das mediações entre tais pressupostos e condições e os sujeitos intencionais, com iniciativa e poder, por sua vez, conformados pela interpenetração e articulação entre género e outras categorias sociais.

Assim, na primeira secção, procura-se interpretar as percepções relativas aos contextos pelos quais se pretendia modelar ‘a enfermeira’, fazendo emergir as diferenças percepcionadas não só ao longo dos tempos, como também entre as narradoras inscritas em cada uma das fases em estudo. Deste modo, partindo de “um modelo de abordagem holístico e *multivalente*” (Fonseca, 2006: 102) faz-se emergir a heterogeneidade em resultado da actuação interdependente de várias dimensões na (re)produção de desigualdades internas. De seguida, aborda-se o investimento das instituições de formação (escolas e contextos de trabalho) na disciplinação dos corpos e na dessexualização, focalizando-se a percepção das narradoras face às implicações das mesmas nos seus desenvolvimentos. Finalmente, traz-se o balanço de um legado construído com base num “círculo metafórico vicioso que quase duplicou o estereótipo de mulher-igual-a-enfermeira-

igual-a-mulher” (Watson, 2005: 53), cujos redutos persistem sob formas mais discretas e subliminares.

1. MÚLTIPLOS CONTEXTOS E PERCEPÇÕES DE MODELAÇÃO “DA ENFERMEIRA”

De acordo com as narradoras, a formação em enfermagem tem vindo a ser condicionada pela associação da profissão a atributos femininos. Assim, na primeira secção, fazem-se emergir as diferentes percepções em torno do género e as suas implicações no desenvolvimento da formação em enfermagem. Na perspectiva das narradoras, embora as relações de género tivessem um peso determinante na configuração dos percursos formativos, foram fortemente mediadas por outras categorias sociais, nomeadamente classe social e origem geográfica, conformando o debate subsequente.

Os diferentes contextos, modelos e actores de formação constituem partes diferenciadas mas integrantes dos processos pelos quais as enfermeiras foram construídas e se construíram e que urge conhecer e interpretar.

1.1. Maternalismo *público* e sacerdócio: “o entendimento da formação foi, e é, marcado pelo feminino”

Na óptica das narradoras, a formação em enfermagem foi, e para a maioria ainda é, condicionada e delimitada pelo forte enraizamento em representações sociais da profissão como um *trabalho de mulheres*. O *maternalismo*, enquanto extensão à esfera pública dos papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres na esfera doméstica, e o sacerdócio foram dimensões equacionadas.

Sintonizando as suas vozes em estereofonia (Magalhães, 2005), embora em intensidades diferenciadas, dando alguns sinais de transformação ao longo dos tempos, evidenciam uma conotação da formação em enfermagem com uma “natureza” supostamente feminina. No entanto, e porque os métodos biográficos nos permitem apreender diferentes subjectividades e pluralidades, há a destacar interpretações diferenciadas em relação às implicações destas ideologias e concepções na profissão e na vida das enfermeiras.

Assim, identificaram-se posições bem distintas entre as enfermeiras que se inscrevem na primeira fase do estudo (anos quarenta), variando ainda entre si, e as restantes. As orientações entre as primeiras oscilam entre a abordagem subliminar e outras, próximas de algumas correntes do feminismo da diferença ou

cultural, resvalam para perspectivas essencialistas (cf. Fraser, 1997; Alvarez, 2001). As restantes assumem que a centralidade da formação em enfermagem em atributos ditos femininos constitui um ferrete do passado, sendo que o eco permanece vivo no quotidiano profissional e das vidas das enfermeiras.

A enfermeira Carvalho Martins, que ingressou na profissão no início da década de quarenta, foi das narradoras que se referiu à problemática de género de forma mais subtil. Não deixando de ser afluída, como constatámos no capítulo anterior, nomeadamente através da sua preferência por professoras e pela ênfase colocada na oportunidade que a formação de auxiliares de enfermagem representava para as “raparigas da província”, parece ter sido percebida, como algo “natural”, na senda das perspectivas dos grupos dominantes (Bourdieu, 1996; 1999).

As restantes narradoras, ingressadas no curso no mesmo período, foram bastante mais concludentes reiterando posições, por elas assumidas e que vão no sentido de um *trabalho de mulheres*, consubstanciado na sensibilidade, na delicadeza, na afectividade, no *maternalismo*. São atributos considerados, pelas narradoras, como sendo específicos das mulheres e relevantes para o exercício da enfermagem:

(...) Há muitas coisas na enfermagem que estão ligadas à educação das mulheres. (...) Elas têm maior sensibilidade, tiveram filhos, são mães. Não sei explicar muito bem, mas considero que elas são mais sensíveis e afectivas (HV2).

Defendi, em alguma coisa que disse ou escrevi, que [a enfermagem] era uma profissão essencialmente feminina. (...) Sempre achei que as mulheres eram e são mais maternas e que isso devia existir na enfermagem (HV3).

Estas orientações carecem de ser interpretados à luz de simbolismos e práticas patriarcais dominantes, quer no contexto específico de enfermagem, quer no domínio social mais amplo. À época, algumas entidades com responsabilidades no ensino de enfermagem defendiam acerrimamente que “ser enfermeira significa[va] ser mãe” (Adão, 1956: 22). Esta era uma noção bastante enraizada, como pudemos constatar em capítulos anteriores, nomeadamente através das palavras da enfermeira Beatriz Corrêa (1959) aquando da reivindicação do direito das enfermeiras hospitalares à constituição de família, em que confere um carácter “espiritual”, quase transcendental, à maternidade (ver capítulo IV).

Constituiu um dos argumentos para que algumas actividades fossem consideradas *trabalho de mulheres* (Araújo, 2000). Os discursos políticos,

científicos e feministas, à época, de um modo geral, (embora também existissem algumas variantes) enfatizaram a maternidade (Pinto e Magalhães, 2004, Magalhães, 2005). Não podemos ignorar o estatuto político dado à maternidade, quer a nível internacional (Pateman, 2002), quer nacional, bem evidenciado, por exemplo, na forma como o regime lidou com as mães na guerra colonial (Pimentel, 2000). Aliás, Helena Costa Araújo (2000; 2000a) desoculta bem a ressonância desta problemática na vida das mulheres, desde a República, passando pela ditadura militar e o Salazarismo, tendo adquirido *nuances* mais retintas, na vigência das últimas. Na República, as mulheres conseguiram alguns direitos, a maioria dos quais retirados pelo regime Salazarista.

Na realidade, o *maternalismo* atravessou a formação em enfermagem ao longo da vida e nos seus múltiplos contextos, como refere Correia Santos:

As pessoas com quem trabalhávamos, duas professoras, estimavam-nos muito, acarinhavam-nos, trataram-nos com aquele “instinto maternal” ligado à condição da residência. O lar era a nossa casa. Todos os conselhos vinham dessas duas pessoas que eram já monitoras, enfermeiras, solteiras e com quem ficámos a trabalhar (HV5).

Neste sentido, embora não sendo, de facto, a perspectiva em que se estriba este trabalho, urge que se convoquem teóricas de enfermagem, sobretudo do currículo que, na actualidade, defendem esta lógica. Olívia Bevis (2005: 198), sob um tópico que designa de “imperativos morais do ensino” de enfermagem, parte dos “meios de conhecimento das mulheres como bases legítimas para moldar a cultura na sala de aula” (ibidem: 199) afirmando “que existe uma capacidade para o «amor atencioso» e um potencial empático do conhecimento construtivista que é maternal na mulher” (Bevis, 2005: 203).

Partindo do falso neutro, sob a égide funcionalista, a enfermeira Maria Francisca Soares reforçou o argumento favorável à preferência feminina com base na divisão sexual de papéis. Nesta lógica, algumas *das* “naturais” atribuições das mulheres no espaço doméstico eram susceptíveis de ser transponíveis para a enfermagem (sic):

É preciso ver que havia médicos, enfermeiras e, depois, as senhoras que varriam o lixo e, numa enfermaria, para além dos cuidados aos doentes, havia muitas mais coisas a fazer. Por exemplo, a quem se que pedia para organizar uma farmácia, uma lavandaria, um serviço de atendimento ou uma sala de estar dos doentes? Aos enfermeiros e isto são papéis atribuídos às mulheres (HV3).

O maternalismo e a divisão sexual de papéis constituem dimensões, mutuamente potenciadas, em torno das quais se construíram e reconstruíram representações dos cuidados de enfermagem, no feminino, com antícope na actualidade:

Para se perceber a influência das relações de género, é preciso entenderem-se os cuidados de enfermagem. Eles transportam muito dos cuidados maternos, como Collière nos refere. O entendimento da formação e da enfermagem foi, e é marcada por uma forma de entender o feminino: manter tudo arrumadinho, tudo limpinho, a flor na mesinha de cabeceira, a forma de fazer a cama, a roupinha toda direitinha...(HV6)

A 'finura' de análise da enfermeira Maria Aurora Silva leva-nos a interpretar a convocação de Marie-Françoise Collière como uma estratégia política de trazer a debate um conjunto de meios pelos quais as mulheres foram, progressivamente, desapossadas de saberes e poderes construídos e conquistados com base no cuidar, cujas reminiscências ecoam em algumas concepções e práticas de enfermagem. De facto, "os cuidados prodigalizados pelas mulheres, [foram] cada vez mais considerados como evidentes, como sendo inatos, porque associados ao amor maternal que se acredita estar inscrito no património genético da mulher" (Collière, 1989: 50).

A conotação da enfermagem portuguesa com a dimensão religiosa, e consequente (des)profissionalização, constituiu outra das perspectivas amplamente referenciadas:

(...) onde não se esperava profissionais, mas missionárias (HV4).

O tom das palavras proferidas pela enfermeira Sintra, que os registos não podem expressar, mas que de modo algum poderia passar indiferente, remete-nos para outras impetuosamente proclamadas por Costa-Sacadura (1954:7) e que expressam bem o teor da mensagem dominante¹⁷⁷ veiculada, à época: "(...) a profissão de enfermagem, que, sem dúvida, pode ser profissão, ou mesmo *amadorismo*, mas que deve ser sempre e acima de tudo *ideal e missão*".

A concepção missionária da profissão de que falam as narradoras pode, assim, ser vista como um sacerdócio. Muito consubstanciada na vocação, concorreu para a recomendação e/ou obrigatoriedade do celibato, sendo o casamento, a maternidade e a vida em família incompatíveis com a entrega e dedicação plena e constante, para a baixa remuneração auferida bem como para uma abordagem dos cuidados ao corpo sofredor e fonte de corrupção (Collière, 1989). A desumanização, o desrespeito pela dignidade dos/as doentes, a inexistência de condições mínimas constituem os acordes de uma prática de cuidados, a que as narradores se recusaram a apelidar de enfermagem:

¹⁷⁷ Importa lembrar escritos de algumas enfermeiras em profundo desacordo, com esta perspectiva, nomeadamente das enfermeiras Tito de Morais (1944) e Dília Ribeiro (1949/50).

Muitas freiras prestavam cuidados, mas não eram enfermeiras. Lembro-me bem das dificuldades e de algumas pegas que tive quando, em 1966, fui abrir a Escola de Auxiliares de Enfermagem, na Província. Não era administrada terapêutica aos doentes, aos domingos. Só tomavam medicação, ao sábado e ao domingo, os doentes que estavam muito mal. Os doentes com AVC¹⁷⁸ estavam alojados junto à casa de banho, completamente abandonados, com a roupa cerzida... (HV4)

Provavelmente, estes cuidados foram socialmente conotados com a enfermagem. Pese embora a maioria dos políticos e responsáveis pela situação de saúde (e da formação em enfermagem) passasse indiferente ao sofrimento de crianças e adultos doentes, mantendo discursos poderosos em torno da relação entre 'ser boa enfermeira' e as qualidades inatas que lhe estavam subjacentes, algumas enfermeiras, como as nossas narradoras, opunham-se e estrategicamente reuniam esforços para transformar a situação (ver capítulo VII). O cariz supostamente caritativo e espiritual deveria ser o eixo de actividades elementares e rotineiras, despojadas de saberes, de reflexão e de tomada de decisão. As implicações do legado religioso não se restringiram ao nível dos cuidados, e por inerência à formação em enfermagem, condicionando também a forma como as enfermeiras se posicionaram e (i)mobilizaram na vida e na sociedade, como referiu Correia Santos e se aprofunda na secção relativa à participação pública. De qualquer modo, na perspectiva de Dalí, os discursos sobre vocação e maternalismo, aos quais se opõe abertamente, ainda estão muito presentes na formação académica em enfermagem:

(...) ainda temos tendência a pressionar os estudantes pela questão da vocação, conto-lhes a minha história e assumo que a minha opção pela enfermagem não foi pensada. Ainda achamos que tudo nasce connosco, parece que tudo é muito natural, na mulher. Pensámos, ainda, que as mulheres nascem para serem esposas, mães, e a enfermagem vem na mesma linha. Tudo parece, naturalmente, traçado na vida das mulheres (HV7).

As sinergias criadas entre o regime e a igreja na 'modelação das almas' e o envolvimento, quase exclusivo, das ordens religiosas na assistência hospitalar terão concerteza concorrido para as especificidades da enfermagem portuguesa. Este pensamento atravessou não só a enfermagem a nível internacional, como outras profissões de cariz assistencial ou de educação, como a medicina, o ensino primário e pré-primário (Donahue, 1985; Collière, 1989; Guinote, 2003; Sarmiento, 2002; Araújo, 2000; Lopes, 1999; Nóvoa, 1986).

Pelas vozes das narradoras foram evidenciadas várias estratégias, conducentes à re/criação de condições subjacentes à construção social da 'domesticização' dos

¹⁷⁸ Acidente Vascular Cerebral.

cuidados de enfermagem que pretendia e pretende desaguar em diminutas exigências conceptuais e técnicas, na noção de ausência de espírito crítico e de iniciativa e no silenciamento de vozes (Buresh e Gordon 2004; Moreira, 1999; Donahue, 1985). Constituindo-se dimensões estruturantes da re/produção dos sujeitos, ainda que não de forma linear e directa, as implicações ressoaram nas diferentes esferas da cidadania, nas formas como as/os enfermeiros/as perceberam as exigências de formação subjacente ao exercício profissional. Porém, as realidades sociais que envolvem as vidas das enfermeiras e a enfermagem implicam múltiplas dimensões sociais em articulação com o género.

1.2. Género, condição social e origem geográfica: dimensões entrelaçadas

Os sujeitos são constituídos e reconstruídos em torno de diversas categorias sociais, que se articulam, conjugam e interpenetram. Assim, partindo do princípio que género é o primeiro modo de dar significado às relações de poder, as abordagens não se podem restringir a esta dimensão em exclusivo (Scott, 1990; 1994; Araújo, 2007; Magalhães, 2005; Louro, 1996;). Quando Nancy Fraser (1997) questiona a construção de mulheres com base apenas na opressão sexista, como desenvolvemos no cap. III, e nos alerta para a importância de equacionar as diferenças no colectivo mulheres, convocando "múltiplas diferenças em interacção" (1997: 107-8), podemos vislumbrar ressonâncias desta reflexão em algumas das nossas narradoras.

Assim, sob este ângulo de análise, os timbres dados pelas subjectividades em relação às suas vidas e o desenvolvimento da profissão adquiriram contornos particulares e específicos, em espaços/tempos concretos. Globalmente, pode-se afirmar que a tónica subjacente às desigualdades incidiu na articulação entre género, condição social e/ou origem geográfica, com particular ênfase na vigência do Estado Novo.

À semelhança do que tinha ocorrido com o ensino primário (cf. Lopes 2001; Nóvoa, 1991), embora numa fase muito anterior, a enfermagem parecia começar a desenhar-se como uma oportunidade para as jovens oriundas de grupos sociais mais favorecidos entrarem na esfera pública, consubstanciada a duas escolas de enfermagem então criadas, a escola de enfermagem de S. Vicente de Paulo (EESVP) e a Escola Técnica de Enfermeiras (ETE):

Depois, fui para a Escola de Enfermagem de São Vicente de Paulo (EESVP), sou dos primeiros cursos. A enfermagem estava muito baixa. O curso de enfermagem foi uma “janela que se abriu” a jovens dos diversos meios. A criação desta escola resultou de uma ideia extraordinária da Irmã Eugénia, que foi a de chamar raparigas de “boas” famílias para a Enfermagem. Iam para lá, filhas de médicos...(HV1)

A ETE foi criada para formar a elite de enfermagem. Provavelmente, até seria preciso. Era preciso formar muitos enfermeiros e a ETE não formava. Mantinha-se ali, o grupo de elite. Isto tem a ver com o facto da profissão começar a desenhar-se, para mulheres de classes dominantes, como uma oportunidade de acesso ao trabalho, mas que dificilmente fariam um curso em conjunto com pessoas de estatuto social distinto. E, portanto, dificilmente o fariam, por exemplo, na EEAR. (...) Não nos podemos esquecer que a EEAR nasceu com as classes mais pobres (HV6).

A EESVP pertencia a uma ordem religiosa e a ETE, sendo oficial e a única escola integrada no Ministério da Educação, estava sujeita a um custo muito elevado (HV3). Como refere Maria Vieira (1993: 24-25), à época, as famílias mais favorecidas preocupavam-se em fazer escolhas esclarecidas em relação às instituições educativas a serem frequentadas pelas suas filhas. As opções incidiam maioritariamente no ensino privado, “obedec[endo] à reprodução de uma prática com largas tradições junto das classes mais favorecidas ao longo de sucessivas gerações”. Segundo a autora, o ensino oficial tinha uma imagem bastante negativa, junto destas famílias, na medida em que recebia alunos/as oriundas de meios sociais mais desfavorecidos, tal como o expressou a enfermeira Maria Aurora Silva.

Contudo, homogeneizar as duas escolas como de elite ou ignorar as diferenças que existiram mesmo no seio da ETE denotaria excessiva simplicidade e ligeireza. A partir dos discursos proferidos, constata-se que, enquanto a EESVP surge associada à admissão de jovens oriundas de “boas famílias, (...) filhas de médicos (...)” (HV1), mas também de “diversos meios”, nunca tendo sido denominada de “elitista”, a ETE foi considerada por todas as narradoras, excepto por Dali, como uma escola de elite ou, pelo menos, diferente. Importa deixar claro que ambas as escolas se destacaram pela inovação e pela qualidade da formação.

Prosseguindo a interpretação, realçam-se as intervenções da enfermeira Sintra que, tendo cursado a ETE, na década de sessenta, traz ao centro do debate alguns factos que denunciam a existência de diferenças sociais no seu interior. A sua percepção em relação à existência de “regras não ditas”, no sentido de

condicionar a entrada maioritária de jovens de uma “elite social” constituiu uma das dimensões introduzidas:

Era uma escola de um certo elitismo, e não me refiro só aos conteúdos e à formação, mas também à selecção, em termos de estrato social. Senti que isto existia, embora as regras não o explicitassem. Independentemente das habilitações [académicas], penso que havia uma “cota” assegurando a entrada maioritária de pessoas da elite social (HV4).

Prevalece a percepção de que a escola tinha “um olhar diferente” para as alunas da “high society”. Assim, a relação percebida entre condição social e sucesso no curso, com tradução nas relações interpessoais (e profissionais) estabelecidas ao longo da vida, verte um outro ângulo de análise:

Quando terminámos o curso, quatro das cinco demo-nos sempre bem. Uma não estava verdadeiramente no grupo. Só passou, achávamos nós, por ser da “high society” embora algumas das que terminaram também o fossem, mas eram mulheres simples. Chumbaram outras que deviam ter concluído o curso. Ainda hoje, reunimos, mas com aquela é de forma diferente. Falei disso com várias enfermeiras. A idade e a distância no tempo já nos permitem falar disto tudo! Acho que havia um olhar diferente para as alunas da “high society”, como, então, dizíamos (HV4).

Apesar da avaliação ser rigorosa, os “erros”, em sua perspectiva, teriam sido substancialmente relativizados em função da condição social das estudantes:

Tive uma colega que foi excluída por ter cometido um erro terapêutico com a pré-medicação que não chegou a administrar. Era uma jovem de família pouco conhecida, inteligentíssima e, como todas as pessoas inteligentes, era um pouco distraída. Na escola, não gostavam dela, queriam chumbá-la. Apanharam aquele erro...

Estamos convencidas, e ela também, que o estatuto social foi determinante na decisão (HV4).

Da decisão não cabia recurso, mas também nem sequer seria uma possibilidade equacionada:

Acabou depois o curso na Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha. Recordo-me como se fosse hoje. A aluna foi excluída! Era caso para dizer que não havia providência cautelar que resultasse. Não se podia recorrer. Aliás, recorrer para quem, se o poder máximo era dado à Escola? Não era possível, mas também não passava pela cabeça das pessoas fazerem-no (HV4).

Era o *habitus* (Bourdieu, 1999) num regime autoritário em que as desigualdades sociais eram benditas por Deus (Mónica, 1978). Portanto, não se “ousaria” pensar na reclamação.

As discriminações sociais subjacentes aos diferentes estatutos sociais gozados pelas diversas escolas, sobretudo de Lisboa, e as suas implicações nas relações estabelecidas entre estudantes (e profissionais) foram debatidas de forma muito profunda e sentida:

Falo dos Hospitais Cívicos, porque é um paradigma interessante para perceber o contexto que, não sendo uma batalha, era o oposto do IPO ou melhor, havia

um distanciamento entre a Escola de Enfermagem Artur Ravara e a Escola Técnica de Enfermeiras (HV6).

Foi enumerado um conjunto de tópicos que expressam a diferenciação entre escolas, alguns dos quais serão retomados na secção seguinte. Para as alunas da ETE a consonância com os valores e ideologias vigentes, era confortável e securizante, embora servisse de temática teatral e de troça:

(...) a ETE mandava a carrinha com as empregadas fardadas de “crista na cabeça” para nos servirem o almoço. Isto é simbólico, mas foi uma marca da escola. Virem as empregadas impecavelmente fardadas servirem o almoço às alunas que estavam a estagiar! Lembro e lembrarei sempre na minha vida isto. Marcava uma distância, um espaço e uma elite. Embora entre nós alunas isso servisse para “gozarmos”, fazermos as nossas peças de teatro mas, na realidade, sentíamos-nos bem, era confortável para nós.

É preciso não esquecer que estávamos na década de sessenta! (HV4)

Nesta lógica, as subjectividades carecem de ser interpretadas à luz do social (Bourdieu, 1999) e do político.

Para os/as estudantes de outras escolas, nomeadamente da Escola de Enfermagem Artur Ravara, tais realidades espriavam uma enorme violência prática e simbólica, que o tempo se encarregou de esmaecer, mas não conseguiu apagar, em absoluto:

Os serviços dos Hospitais Cívicos de Lisboa (HCL) eram, então, de uma pobreza incrível. Contudo, as enfermarias-escolas reuniam melhores condições.

As alunas da ETE faziam, pois, estágio numa enfermaria-escola como a nossa, que supostamente teria mais material do que o comum dos serviços. Apesar disso, a ETE levava todo o material necessário. Vinham as carrinhas da escola com sacos de roupa, ferros, aparadeiras. Nada servia do que lá estava. Até a refeição delas era à parte!

Éramos todos gaiatos e quando víamos entrar a refeição, dizíamos:

- Vejam lá, se apanham alguma infecção, só de estar aqui ao pé de nós!

(...) São coisas que a vida desvaneceu, mas deixaram marcas (HV6).

De acordo com a enfermeira Sintra, em estágio era perceptível um certo privilégio das alunas da ETE, nomeadamente por parte dos médicos, sendo esta relação mais notória em alguns estágios:

Sentíamos que havia diferença no comportamento do pessoal, mesmo médico, quando se dirigiam às alunas da ETE. Embora as professoras estivessem próximas e permanecessem em todo o campo estágio, havia um reconhecimento por parte do restante pessoal. Senti isso quando fiz o estágio, sobretudo na Psiquiatria e na Maternidade Alfredo da Costa (HV4).

Tais desigualdades teriam que ter ressonância nas relações estabelecidas, nomeadamente entre as alunas da ETE e os/as colegas das outras escolas:

Sentíamos, por parte das colegas de outras escolas, uma certa distância.

Quando nos viam, diziam:

- Lá estão as ETS's (HV4).

Porém, as diferenças entre a formação associada à ETE e às outras escolas não se restringiram ao nível inicial, tendo-se repercutido nas vidas das enfermeiras/os e no desenvolvimento da profissão:

A esta distância, reconheço que a diferença entre a ETE e as outras escolas de enfermagem foi uma marca que persistiu. (...) Era uma condição, éramos escolhidas e convidadas para gerir, quer no sector particular, quer no oficial, à excepção dos Hospitais Cívicos que eram normalmente da Escola de Enfermagem Artur da Rara. Éramos escolhidas para chefiar no Hospital Particular, no Hospital da CUF e na Clínica Henrique Moutinho, que já não existe. Estou a falar das três grandes instituições particulares, de Lisboa. O mesmo acontecia nos Açores e nas escolas de enfermagem de Angola e Moçambique. As pessoas que estavam, nestas escolas, também eram da ETE, na sua maioria (HV4).

As enfermeiras formadas pela EESVP eram procuradas para a gestão dos “postos de saúde”, sendo que inicialmente a sua formação não lhes era reconhecida no âmbito do exercício hospitalar:

As Enfermeiras da Escola de Enfermagem S. Vicente de Paulo eram muito requisitadas para serviços novos que abriam. Chamavam-nas para abrir os postos de saúde, agora designados por centros de saúde. Precisavam de enfermeiras e vinham buscar as que se formavam por esta escola (HV1).

A partir daí verifiquei e reconheci, à época, e digo isto com toda a frontalidade, que nós éramos muito boas na fundamentação teórica, tínhamos uma formação que nos suplantava, mas depois no trabalho directo com o doente, na rapidez da aplicação das normas, não dos conteúdos, aí sentiamo-nos mais frágeis. Reconheci no contacto que tive, com toda a simplicidade assumo que tinha a cabeça feita de que “nós éramos as maiores”. Conheci pessoas excepcionais na prestação de cuidados, que não eram da ETE (HV4).

Outra das dimensões destacadas prende-se com a violência prática e simbólica inerente ao não reconhecimento do curso geral de enfermagem efectuado em outras escolas que não a ETE, por parte do IPO. As enfermeiras formadas por outras escolas eram admitidas no IPO como auxiliares de enfermagem e fardavam como tal:

Exercíamos funções de auxiliares das enfermeiras da ETE, ainda que, tal como elas, tivéssemos o Curso Geral de Enfermagem. Nem a nossa farda era igual à delas! Fiquei muito chocada com tudo isso (HV2).

Deste modo, para além de alguns países europeus colocarem em causa a legitimidade do curso de enfermagem português, também o IPO contribuía no mesmo sentido, acabando por legitimar a posição desses países.

Neste contexto, importa ter presente as posições das enfermeiras Maria Diogo e Maria Aurora Silva relacionadas com as desigualdades sociais internas à profissão decorrentes da existência de várias formações, já referido no capítulo anterior.

Pese embora a grande ênfase dos discursos tenha incidido nas inexoráveis implicações sobre as vidas pessoais e profissionais de enfermeiras/os por inerência às desigualdades sociais consubstancias na supremacia da ETE em relação às outras escolas, a enfermeira Correia Santos introduziu a questão das discriminações sociais num contexto societal mais alargado. Lembra-se da vergonha que sentiu quando entrou na escola levando uma mala com o “enxoval”, mas os lençóis iam em sacos de sarja azul:

Na altura, as classes sociais diferenciavam-se bastante, notava-se bem quem eram os ricos e os menos ricos. Não me considerava, à época, propriamente pobre, mas lembro-me que me envergonhei muito, quando entrei na escola. Levava o enxoval numa mala, mas os lençóis, esses, iam em dois sacos de sarja azul, tipo ganga. Entrar na escola, assim, não foi agradável, sentia-me mais pequenina do que os outros (HV5).

Neste contexto de enunciação em falso neutro, importa relembrar que se tratava de uma escola feminina.

Assim, todas as narradoras, à excepção de Dali, trouxeram ao conhecimento a inter-penetração entre a categoria género e condição social. Em nossa perspectiva, as transformações sócio-políticas e profissionais que se foram operando poderão explicar, pelo menos em parte, estes posicionamentos. Na realidade, as outras narradoras viveram parte da juventude e das suas vidas adultas sob um regime que se preocupava, por meios diversos, em reforçar qual era “o lugar de cada um na sociedade” (Pedro, 2002; Cortesão, 2000; Rosas, 1994; Stoer, 1986; Mónica, 1978), enquanto Dali passou essa fase da vida, já durante e no pós-revolução de Abril, ou seja, no ou após o ‘auge’ das lutas contra as desigualdades de classe. Por outro lado, para além das mudanças que os ventos de Abril trouxeram, neste domínio, Dali residia numa pequena cidade, onde só existia uma escola, não se colocando de forma premente as reminiscências da existência de diferentes estatutos sociais outrora associados a algumas escolas. No que se refere às desigualdades subjacentes à existência de “duas faces da mesma moeda” (Carneiro, 2003; Amendoeira, 2006), Maria Diogo e Maria Aurora Silva foram duas sindicalistas que sempre apoiaram a passagem a um nível único de formação. Chamar esta perspectiva ao debate resulta das suas convicções e envolvimento activos em lutas, por essa causa.

Deste modo, face ao desocultar de relações entre escolas e condição social sem perder de vista as diferenças no seio interno, por parte de algumas narradoras e à

explicitação de classe por parte de outras, depreende-se da manifesta diferença de estatutos sociais auto-percebidos.

A outra dimensão trazida a debate prende-se com a origem geográfica. Os constrangimentos decorrentes de imagens em torno do “provincianismo” e da residência na periferia, sentidos já em meados da década de oitenta, quase em finais do século XX constituíram aspectos amplamente referenciados. Em relação ao primeiro, a enfermeira Correia Santos fez emergir as emoções e sentimentos de ‘ser provinciana’, despertados no contacto com as/os colegas do curso complementar:

(...) as pessoas do norte eram vistas, em Lisboa, como umas “provincianas” e fizeram-me sentir isso na própria escola. Recordo-me muito bem da Enfermeira Dinis de Sousa me ter chamado ao gabinete e me ter dito, mais ou menos, isto: - Correia Santos, acabou-se a timidez! As pessoas de Lisboa têm que se convencer e a senhora também, que não é só no grande centro que as pessoas são competentes. Precisamos de líderes, no país inteiro” (HV5).

Mais do que confirmação do vivido e sentido, a intervenção da então dirigente da EEAE representava o confronto com uma situação que impunha rupturas urgentes, quer por parte da enfermeira Correia Santos, quer dos/as colegas. No fundo, tratava-se de introduzir rupturas inerentes à diferenciação entre a ruralidade e o urbano que, por ser importante para a sobrevivência do regime, era veiculada através de diversos mecanismos sociais, nomeadamente dos sistemas educativos (Rosas, 1994; ver também Mónica, 1978; Stoer, 1986; Pedro, 2002).

São condições que se repercutiram na construção da profissionalização, e portanto, nos percursos de formação.

É de realçar também o facto das duas narradoras, residentes em pequenas cidades do país, salientarem o impacto considerável da periferização na vida das enfermeiras, nomeadamente em termos de formação. Alias, para a enfermeira Correia Santos, a periferia condicionou mais do que o género, sendo que a conjugação das duas dimensões potenciou as dificuldades:

Viver na periferia, mais do que o género, é um factor de constrangimento. Agora, as duas coisas articuladas e conjugadas agravam e limitam muito (HV5).

A bibliografia temática, a realização de eventos, os acontecimentos e debates académico-científicos, as sedes de diversas organizações sócio-profissionais e políticas encontravam-se substancialmente centralizados. A situação era tanto ou mais complexa na medida em que as instituições de apoio à família, nestes

meios, eram bastante deficitárias, quase inexistentes até início da década de oitenta.

1.3. Género, contextos, modelos e actores na formação em enfermagem

O regime preocupou-se em criar um conjunto de estruturas que lhe permitisse assegurar a interiorização do lugar de homens e mulheres na sociedade e, por inerência, o que se esperava da enfermeira, confundida com 'mulher' mediada pela categoria social. Na perspectiva das narradoras, a organização dos serviços e dos cuidados reforçava esse mesmo sentido. Deste modo, houve modelos de formação que, para além de se estibarem nestas lógicas, a reforçaram. Dito de outra forma, a formação foi marcada pela heterogeneidade que estas enfermeiras procuram trazer à luz, tal como o fazem em relação às repercussões sobre o desenvolvimento pessoal e profissional. Do mesmo modo, evidenciaram a relevância de diversos/as actores/as de formação na sua re/construção identitária. Os lares e as bolsas, à partida, medidas introduzidas para normalizar e atingir determinados perfis, também se constituíram em espaços e meios de emergência dos sujeitos. O agravamento das condições de avaliação impostas aos/às discentes e às monitoras durante o Estado Novo constituiu uma das suas violentas facetas no sentido de explicitar claramente o que se esperava da enfermagem, enquanto tipificada com o trabalho de mulheres. Por fim, fazem-se correr no tempo, até aos nossos dias, as representações sociais inerentes aos homens na profissão. Entre incompreensão, passando pelo o apoio e reconhecimento de mais valias, até à preocupação com as potenciais ameaças 'à masculinidade', conforma-se esta secção.

1.3.1. "A organização de serviços e de cuidados influenciou a formação"

A organização dos serviços em função dos sexos e distribuição dos/as alunos/as e enfermeiros/as, mantendo, sempre que possível, a correspondente divisão e a organização dos cuidados, em termos de ordem e limpeza, constituíram duas perspectivas apontadas pelas narradoras como relevante para as aprendizagens das desigualdades de género.

Como referiu a enfermeira Maria Aurora Silva, a organização dos serviços condicionou inegavelmente a formação em termos de género:

Os serviços sempre tiveram uma componente de formação, profundamente atravessada pelas relações de género. A lógica de organização hospitalar

marcou inevitavelmente a formação, onde estava claro os serviços em que rapazes e raparigas trabalhavam. Os serviços dos Hospitais Cívicos estavam organizados por números. As medicinas eram 1, 2 e 3, as cirurgias 5 e 6 e as oftalmologias, o 7. Sabíamos quando, falávamos dos serviços 1, fosse do Hospital S. José, do Hospital Curry Cabral ou Hospital dos Capuchos que se tratava das medicinas. Se falássemos do serviço 1.1, sabíamos que se estava a falar do serviço de Medicina Homens e 1.2 de Medicina Mulheres. Aquela numerologia estava perfeitamente naturalizada e ninguém tinha dúvidas (HV6).

Em todas as Histórias de Vida, à excepção de Dali, transparece a apreensão colectiva do sentido de que as enfermeiras trabalhariam em serviços de mulheres e os enfermeiros nos serviços de homens, sempre que as condições o permitissem. Importa, aqui, retermo-nos sobre a experiência da enfermeira Maria Diogo, relacionada com o seu início da vida profissional (anos cinquenta) ocorreu num serviço de homens, sendo a equipa de enfermagem maioritariamente masculina. Neste sentido, pelo contexto em que a experiência foi relatada, é de equacionar a possibilidade dos reflexos da preferência feminina dada pelo regime sobre os serviços, à época, não terem ainda a expressão pretendida.

Havia, contudo, serviços e actividades vedados aos alunos e outros às alunas:

Os serviços de homens funcionavam, sempre que possível, com homens. No meu tempo, não se passava no serviço de urologia masculina. As algaliações masculinas nunca eram feitas por nós, raparigas. Na ginecologia e no bloco de partos não entravam homens. Em obstetrícia, eles não faziam a história de enfermagem¹⁷⁹. (...) Basta esta lógica de organização de cuidados para influenciar a formação (HV6).

Dito de outro modo, tendo por base a suposta natureza descontrolada dos corpos e a debilidade física das enfermeiras, havia “sectores de enfermagem, que só homens pod[íam] totalmente satisfazer” (Adão, 1956: 23), apesar da preferência feminina. Noutros serviços conotados com o feminino e embora não vedados aos rapazes, estes eram alvo de troça das suas colegas. Como refere Maria Aurora Silva, tudo decorria com base em estereótipos:

Tal como nós, eles faziam o estágio em pediatria. Lembro-me de gozarmos com eles. Dizíamos nós:
- Vocês sabem lá embrulhar meninos! Vocês sabem lá tocar em meninos!...
Como se nós soubéssemos! Éramos jovens, só se tivéssemos tido irmãos mais novos. De resto, sabíamos tanto como eles. Mas eram os estereótipos (HV6).

“Naturalmente”, as aprendizagens em torno do lugar de cada um/a nos diferentes espaços sociais iam sendo, assim, consolidadas.

Outra das perspectivas convocadas por Maria Aurora Silva relaciona-se com a ordem e a limpeza como princípio estruturante de uma formação estribada em papéis socialmente atribuídos ao feminino:

Recolha e registo de informação integrada na primeira fase do processo de cuidados.

De tal forma, que se transmitia nos estágios, algo como: tem que ter tudo em ordem até às dez horas da manhã - que era a hora da visita médica. A organização gravitava assim, em torno da actividade médica. Ter as higiènes feitas, as camas arrumadas e as mesas-de-cabeceira limpas, era ter tudo em ordem. Não era se conversou, ou, não, com o doente. Era a ordem! As coisas deveriam estar limpas e arrumadas, independentemente da relação com o doente. Não significa que a relação não fosse importante, mas a ordem era prioritária. Isto marca indubitavelmente a enfermagem. (...) a questão da ordem e da limpeza são aspectos fortemente associados ao feminino, que marcam, de certa forma, o entender e o estar na enfermagem (HV6).

A actividade médica constituía o eixo estruturante da organização dos cuidados, e não os/as doentes com as suas especificidades. À semelhança do que acontecia na esfera doméstica, quando o 'chefe de família' chegasse do trabalho, tudo deveria estar em ordem. De acto, a formação em enfermagem estribou-se em princípios que asseguraram a transição de formas privadas para formas públicas de patriarcado.

1.3.2. Homogeneidade da formação em enfermagem: mito com pés de barro

Falar sobre formação em enfermagem como se de uma categoria única se tratasse é embarcar no mito homogeneizante que o regime salazarista reforçou e consolidou. Na realidade, as diferenças são substanciais, não só em termos cronológicos como no seio de cada fase em estudo.

Deste modo, entre as narradoras inscritas na fase da década de quarenta, foram enumeradas diferenças em relação às concepções de enfermagem em que se estribava o curso, na sua duração e organização e a forma como viveram esse período das suas vidas. A enfermeira Carvalho Martins considera que os primeiros cursos da EESVP já eram bastante completos em termos disciplinares. Neste contexto, é de relembrar alguma "tradição humanística" (Vieira, 1993: 29) das instituições de ensino pertencentes a ordens religiosas. Assentavam, porém, em noções muito elementares de enfermagem, de cariz basicamente caritativo:

O Curso era bastante completo, tínhamos psicologia, anatomia, patologia, enfermagem e um pouco de sociologia, mas não estava ainda, digamos, estruturado profissionalmente. A formação [em enfermagem], em quarenta, exercitava-se, iniciava-se, de forma pouco estruturada. Os médicos abordavam as questões médicas, claras (...) Os cursos de enfermagem tinham duração de três anos e de auxiliares de enfermagem de um ano. (...) Nessa altura, a ideia que tínhamos da enfermagem, não é a de hoje. Era para sabermos o que se podia fazer de melhor pelos doentes. (HV1)

Constatamos, no capítulo anterior, que uma das críticas da narradora ao curso incidia na incipiente orientação dos estágios.

Para a enfermeira Maria Diogo, já em finais da década de quarenta, o curso numa escola oficial de Lisboa, integrada no Ministério do Interior, foi uma experiência “um bocadinho para esquecer”, não só pelas deficientes condições de alojamento, como também pela sua organização e funcionamento. Tratava-se de um curso com duração de dois anos, muito pouco centrado na enfermagem, envolvendo algo que designou simultaneamente de “estágio” e de “trabalho”:

(...) como alunas, trabalhávamos, havia um estágio que acompanhava o curso. Foram dois anos difíceis, não só pelas condições de alojamento, mas também pelo curso. (...) Dava-se muito pouco enfermagem. Lembro-me de no exame final, me mandar fazer uma ligadura - “o capacete” (HV2).

A utilização dos/as estudantes como mão-de-obra barata foi um dos grandes problemas que atravessaram o ensino de enfermagem na maioria das escolas integradas no Ministério do Interior, ao qual se opuseram algumas enfermeiras (Adão, 1944; Morais 1946; ver também Carneiro, 2003; Nunes 2003, Amendoeira, 2006).

A enfermeira Maria Francisca Soares considerou o curso como uma experiência muito positiva, centrado em diversas dimensões dos cuidados de enfermagem e bastante completo, tendo sido efectivamente apoiada numa fase complexa da sua vida:

Gostei muito de tirar o curso de enfermagem nesta escola, onde tive professoras excepcionais, à época. Apoiaram-me imenso, particularmente, numa fase difícil da minha vida que foi a doença e morte de minha mãe. Foram uma coisa excepcional! Ali, os cuidados de enfermagem centravam-se nas diversas dimensões do ser humano (HV3).

Nesta medida, reitera-se a posição, assumida em capítulos anteriores, de que o Estado Novo se esforçou por normalizar o ensino de enfermagem numa lógica absolutamente minimalista, ou seja, a regulamentação pautou-se pelas lógicas mais primárias e elementares.

Da mesma forma, foram enunciadas diferenças substanciais entre as narradoras que integraram a década de sessenta, em relação a este domínio. A enfermeira Sintra, tendo frequentado a ETE, manteve as referências apresentadas na secção anterior, consonantes com a perspectiva de Maria Francisca Soares. A enfermeira Correia Santos considera que, por via da directora da escola, a sua formação de base foi muito inspirada em princípios que nortearam a acção da ETE:

O meu curso seguiu um currículo bastante reformista, atendendo a que estávamos no início da década de sessenta. À época, para além das áreas biomédicas, já integrava a sociologia e a psicologia. Abordava-se também a saúde pública, o ensino e a administração, o que só acontecia em algumas escolas. (...) Eram concepções que ultrapassavam bastante a noção de

cuidados prestados naturalmente pelas mulheres. Impunha-se o rigor técnico e o domínio dos princípios teóricos norteadores das práticas. Formei-me, pois, segundo um modelo de maior racionalidade e reflexão, que contribuiu para a reconceptualização dos cuidados de enfermagem e da sua representação, o que não era, de facto, vulgar. A influência da monitora chefe da nossa escola, que era formada pela Escola Técnica de Enfermeiras (ETE), onde estes aspectos eram fortemente valorizados, fez-se notar (HV5).

Tal como a enfermeira Sintra, Correia Santos refere a integração na formação de dimensões orientadas para a promoção da participação em intervenções públicas, ou seja, no sentido de ter voz junto da comunidade e do poder local. Porém, reconhece que esta lógica de formação não era generalizada. Aliás, mesmo já como professora, aquando da realização de exames, teve oportunidade de constatar que esta realidade não era comum:

A formação não se cingia ao domínio restrito da prestação directa dos cuidados. Procurava-se extravasar um pouco mais e preparar a enfermeira para falar e participar em intervenções públicas. Na altura, tínhamos que fazer apresentações no centro de saúde e nas juntas de freguesia, por exemplo. Bem sei que não eram situações generalizadas a nível do país. Eram iniciativas muito localizadas. Mais tarde, tive oportunidade de representar a Direcção Geral dos Hospitais, em provas de exames noutras escolas e notava diferenças ao nível da formação (HV5).

Estavam em jogo outras competências profissionais. Percebe-se uma constante preocupação em fazer cisões profundas com concepções 'domesticizantes' dos cuidados de enfermagem:

A competência profissional era realçada e veiculados o «saber estar» e o «saber ser». (...) Recordo-me que, nos estágios, se cultivava a racionalidade científica e a exposição crítica. (...) Prevalecia o sentido de cuidados de enfermagem, orientados fundamentalmente para a protecção do doente de infecções cruzadas e para o conforto. Não se falava ainda em "cuidar" em enfermagem, mas os cuidados centravam-se na dimensão global do ser humano. À época, já se trabalhava com a história de enfermagem e faziam-se registos. Recorria-se à apresentação de casos com muita frequência, mas não se valorizava o que vulgarmente chamamos "pieguices" ou carinhos exagerados. A apresentação era estruturada tendo por base os problemas, o plano de acção e a avaliação, ou seja, as "três colunas", como ainda costumo dizer. Era inculcada determinação nos cuidados de enfermagem, nomeadamente, no que se referia ao planeamento e aos registos rigorosos (HV5).

De acordo com a narradora, o processo de ensino/aprendizagem já se começava a consubstanciar no desenvolvimento do pensamento crítico na tomada de decisões em enfermagem (Urrutia, 2003; Ross, 2004).

A segurança e o conforto dos doentes constituem o que Maria Aurora Silva designou de "eixos vinculativos da profissão", que foram referenciados pelas duas narradoras, como pontos estruturantes da formação de base, à época. Porém, Maria Aurora Silva perspectiva estas dimensões em relação a papéis tradicionalmente desempenhados por mulheres e não nos parece que tenha sido

essa a interpretação de Correia Santos. Talvez por isso as estratégias adoptadas pelas duas escolas tivessem sido distintas.

O “servir o médico” foi outra dimensão salientada por Maria Aurora Silva, como estruturante do processo de ensino, ou melhor, da ‘modelação’ da enfermeira:

Na formação, a questão “servir o médico” estava muito presente, mas também o estava a “segurança e conforto”, do doente. Pode-se até dizer que estavam ao mesmo nível. Aliás, ao longo da história e do desenvolvimento da formação em enfermagem, a segurança e o conforto são aspectos que estiveram sempre muito patentes! Esta vertente, “segurança e conforto”, tem muito a ver com o feminino, com a segurança dos filhos e com o conforto da casa (HV6).

Ora, as estratégias pedagógicas adoptadas tinham que ser, obrigatoriamente, distintas. Correia Santos refere um conjunto de estratégias “impostas”, mas já bastante orientadas para o desenvolvimento do pensamento reflexivo:

Lembro-me de termos que apresentar os relatórios das visitas de estudo que fazíamos e que, sendo uma prática imposta, obrigava-nos a parar e reflectir sobre o que víamos e ouvíamos e integrar os aspectos fundamentais. Analisávamos e retirávamos o que interessava para a nossa formação (HV5).

Um sentido, substancialmente oposto, em relação ao mesmo período e nível de formação, emerge das palavras da enfermeira Maria Aurora Silva. Recorda com precisão factos memorizados, nem sempre compreendidos, estribados na repetição e no ‘saber fazer’, treinando numa lógica de submissão em relação aos médicos:

Fazia parte da aprendizagem das aulas práticas, uma de nós fazer de médico, sentada na cadeira, e a outra, de enfermeira. Centremo-nos, por exemplo, em relação à preparação de injectáveis endovenosos. Apenas se aprendia na escola a preparar a seringa para o médico. Decorávamos todos os passos, nomeadamente, os últimos em que se disponibilizava a seringa e se dizia:
- Sr. Dr., faz favor!
Depois, quando fôssemos para o serviço aprenderíamos, era o que nos diziam (HV6).

Era um ensino mecanizado e prescritivo, orientado para a reprodução de cuidados, não permitindo aos jovens descobrir os sentidos numa lógica centrada nas especificidades de cuidados que cada doente/família necessitava, ou seja, comprometia-se a promoção do desenvolvimento do pensamento crítico e da autonomização no processo de cuidados. Deste modo, os/as jovens dificilmente conseguiriam apreender o sentido da relação, como uma dimensão estruturante do cuidar em enfermagem, já que estas noções assumiam o cariz de “norma”, sem qualquer explicitação:

O mesmo se passava com o banho na cama. Ainda hoje, sei os passos todos:
- Chega-se. Sorri-se. Diz-se bom dia. Abre-se a janela!...
O drama maior era colocarem nisto o sentido de profissionalismo e o sinal de maturidade. Claro que isto fazia sentido pelo estado em que a profissão se encontrava. Todavia, quão distante era para um jovem poder associar estes

comportamentos a uma atitude de relação com o outro que cuida. Era uma confusão! (HV6)

Por oposição à percepção da enfermeira Maria Aurora Silva, Correia Santos, confirmando a rigidez das normas, que mais tarde como docente preferiu transformar “em princípios”, dá ênfase à sua explicitação no contexto da prática de cuidados, ou seja, procurava-se que as alunas percebessem o sentido das mesmas, tendo por base as especificidades do que, à época, se designava de atendimento em enfermagem numa perspectiva global. Daí que, a enfermeira Correia Santos, sem excluir a normatividade do modelo de formação, tenha reconhecido as dimensões promotoras de desenvolvimento sócio-profissional e pessoal que dele emanavam:

(...) O modelo de formação, à época, era muito normativo, mas também tinha dimensões muito estimulantes. Considero que fui bem estimulada. Sabíamos que não nos podíamos sentar nas camas dos doentes, mas eram-nos explicadas as razões. Primeiro, pelas questões de higiene hospitalar que, na altura, eram precárias, mas incutiam-nos esse sentido; e segundo, por questões de comodidade para o doente (HV5).

O olhar crítico sobre o passado, entre um percurso difícil de construir e o presente, vislumbra inúmeras permanências, que mais parecem o alertar para algo eminente, o reassumir da normalização. Como Correia Santos afirma, a normalização não pertence apenas ao passado, tem vindo a ser retomada, nomeadamente no âmbito dos projectos e qualidade, sob a designação “guias de boas práticas”. Um dos tópicos centrais ao modelo de formação prática hospitalar, que algumas narradoras consideram esbatido, na actualidade, era o contacto com o doente. Embora esse contacto fosse mediado por uma “norma” concreta, traduzia-se de forma muito positiva no âmbito dos cuidados prestados:

(...) Era norma sentarmo-nos numa cadeira, ao lado do doente e conversarmos com ele. Era valorizado, havia até um item, em que se avaliava se conversávamos ou não, com o doente. Saber se ele estava bem, era norma obrigatória. O primeiro contacto era efectuado sem nada nas mãos. Íamos todos cumprimentar os doentes e saber como passaram a noite. Isto era para mim uma “norma” e um princípio básico saudável, pois, realmente, não se estava com o doente desde a véspera. A norma tem aspectos negativos, mas também tem positivos (HV5).

A enfermeira Maria Aurora Silva sendo formada, em meados da década de sessenta, pela mesma escola que Maria Diogo, em quarenta, descreve uma realidade pedagógica diferente, mas não de forma a fazer rupturas estruturantes. Neste registo pedagógico agravado pelo ‘divórcio’ entre as disciplinas de Patologia (médica e cirúrgica) e a enfermagem, para Maria Aurora Silva, o

segundo ano do curso traduziu-se numa experiência sem 'pontes' que a conduzissem à descoberta de sentidos:

Se numa fase inicial do curso se abordavam as técnicas e as coisas decorriam de forma mais ou menos aceitável, o segundo ano complicou-se. Os conteúdos programáticos não me faziam qualquer sentido. Fazia-se apelo à memorização de matérias, quase estritamente, no âmbito da medicina. Não conseguia estabelecer qualquer relação, e muito menos sentido, entre as disciplinas de Patologia Médica e Patologia Cirúrgica e o que se ensinava em enfermagem (HV6).

Face ao exposto e à sua forma de ser e estar na vida, muito particularmente de 'ser estudante', restou-lhe confrontar-se com um rotundo insucesso:

Portanto, tinha a noção que tinha estudado para exame, mas não sabia o suficiente para passar. Também nunca fui capaz de copiar e de fazer cábulas, o que era muito comum entre nós. Reprovi sem deixar margens para dúvidas, ou seja, numa das disciplinas de Patologia, tirei dois valores e na outra tirei quatro (HV6).

O sentido das coisas, algo estruturante da sua vida, neste caso da formação, encontrou-o nos desenvolvimentos decorrentes da Revisão do Ensino de Enfermagem de 1965. Teve o prazer de descobrir que "para sermos bons enfermeiros, precisávamos de saber muito":

Repeti, pois, o segundo ano, já sob a reforma do ensino de enfermagem de 1965. A enfermeira Sales Luís leccionava "Introdução à Enfermagem de Reabilitação" e enfatizava a necessidade de potencializar no seu máximo as capacidades de cada pessoa. Recordo de um dia, no final da aula, a ter procurado para lhe dizer que tudo aquilo me fazia sentido, tanto mais que se aplicava à enfermagem, na sua generalidade e não só à Enfermagem de Reabilitação. Então, para sermos bons enfermeiros, precisávamos de saber muito. Prosseguia eu. (...)

A enfermagem passou a ser o centro da abordagem, com os subsídios de todas as outras disciplinas. Fez-me todo sentido a reforma do ensino de enfermagem de 1965 e eu preciso que as coisas me façam sentido, não sou capaz de fazer, por fazer (HV6).

O conhecimento, embora de difícil acesso, pelo menos, para alguns/mas enfermeiros/as, mais uma vez surge como poder de agir.

A formação inicial e, mais tarde, o mestrado, foram para Dali, a mais jovem, cursada no período revolucionário, numa escola distrital, uma experiência inesquecível pela intensidade do vivido:

Estávamos naquela época, quente, do pós-25 de Abril. Fui muito feliz na formação inicial. Tudo era extremamente apaixonado e motivador, no sentido de exigir aquilo que era o nosso ideal político. Lembro-me das minhas ideias revolucionárias, dos valores reivindicados de justiça e de igualdade (HV7).

Dali reconheceu que a formação inicial se constituiu num espaço/momento de desenvolvimento global e integrado de múltiplas dimensões: pessoal, sócio-político e profissional. A acção pedagógica estribava-se na liberdade, no respeito

e na participação. Nas suas palavras, seria o desejável na actualidade, tendo a “sua escola” conseguido o “feito” há trinta e dois anos atrás:

Aquela escola marcou-me positivamente na minha adolescência, tanto mais que fomos um dos primeiros a fazer o Curso Geral de Enfermagem. Sentia muito orgulho na minha escola. Se cruzarmos isto e o modelo de formação, que são assuntos que agora estudo, centrado no desenvolvimento da pessoa enquanto jovem adolescente ou adolescente jovem, digo que aquilo era “perfeito”.

Ainda hoje, quando leio alguma coisa sobre o processo de formação e avaliação, revejo-me no que fazíamos, nessa altura. Foi há 32 anos! Um processo destes exige, realmente, quer uma abertura dos formadores, dos professores, quer uma grande preparação e maturidade dos alunos.

Era um modelo que, hoje, poderia desejar para os nossos jovens e para os nossos filhos, assente na liberdade, respeito e participação (HV7).

A participação dos/as estudantes na vida da escola e nos processos de avaliação, as relações de poder partilhado e de proximidade com os/as docentes foram vivamente enfatizadas, sendo algo que sente que se tem vindo a perder, na actualidade. A entoação e os termos utilizados expressam a eclosão de emoções e sentimentos emergentes do conflito e das tensões experienciadas na revolução. Deste modo, a enfermeira Correia Santos, que partilha da mesma perspectiva no que se refere ao investimento na implementação de uma cultura de abertura e participação em tomadas de decisão inerentes à vida da escola, divergiu em relação à condução dos processos de avaliação:

(...) em meu entender, as hetero-avaliações foram mal conduzidas. As reuniões prolongaram-se até às duas da manhã, fizeram-se afrontas graves aos professores (HV5).

À semelhança de outras narradoras, Dali fez brotar a centralidade da competência profissional, nos processos de formação. Tendo integrado um dos primeiros cursos de enfermagem realizado naquela escola, sentiu que a mensagem passada evidenciava a necessidade de objectivamente fazer a diferença em relação aos auxiliares de enfermagem nos e pelos contextos da prática de cuidados:

Sentíamo-nos diferentes dos auxiliares de enfermagem, afirmávamo-nos de forma diferente e tínhamos competências diferentes. Isto foi mérito da nossa escola. Sentíamos que tínhamos uma preparação científica muito diferente dos outros (HV7).

Dito de outro modo, lutava-se contra a desqualificação da formação, um fenómeno que tem vindo a atravessar a sociedade (Apple, 2001, Azevedo 2000). Não se tratava apenas de ter acesso a uma formação técnico-científica e sócio-relacional mais sólida, mas de assegurar a sua expressão através da qualidade

dos cuidados prestados aos/as cidadãos/ãs e da recomposição de saberes e poderes (Lopes, 2001) no seio da equipa multidisciplinar, nomeadamente médica:

As pessoas começaram a ver a diferença no nosso desempenho e respeitaram-nos a partir daí. Se houvesse algum problema, era connosco. Os médicos notavam a diferença e, quando o grupo falasse, principalmente duas onde me incluo, respeitavam as nossas atitudes. Sabiam que se disséssemos não, era não. Ali, não havia permissividade, nem irresponsabilidade, porque nós não dávamos azo (HV7).

Tal como Foucault (2002) refere, conhecimento é poder. Neste contexto de formação e práticas de cuidados, sentiu-se competente, desde o início da sua vida profissional:

É engraçado, porque me senti sempre competente, mesmo quando comecei a trabalhar. Tenho que confessar isto, embora alguns teóricos defendam que se evolui de principiante para perito (HV7).

Dito de outro modo, embora tenha revelado o aprimorar de competências ao longo da vida (sobretudo no que se refere à intervenção na área docente), provavelmente, o contexto sócio-político e profissional nos termos abordados e a sensação de segurança transmitida pelo domínio do saber levaram-na a considerar que se afastou do preconizado por alguns/mas teóricos/as, referindo-se implicitamente a Patrícia Benner (2001).

Neste trabalho, evidenciaram diferenças na formação em enfermagem ao longo dos tempos, mas também dentro de cada fase, que algumas narradoras relacionam com a rentabilização da curta margem local, por parte das directoras das escolas, no sentido de contribuírem para a discriminação positiva de mulheres, desafiando a estereotipia da feminilidade.

1.3.3. Actores de formação: “tive modelos opostos”

O corpo docente na interface com as relações sociais de género e competência profissional e o conservadorismo das chefias de enfermagem são ideias estruturantes, nesta secção. A primeira noção que emana é a da divisão sexual que preside à leccionação das áreas disciplinares. As áreas biomédicas surgem leccionadas por homens, nas de psicossociais pontualmente foram emergindo algumas mulheres e as de enfermagem irromperam, quase exclusivamente, no feminino. Assim, consolidavam-se representações sociais de uma profissão adequada a mulheres, sob determinadas especificidades. Centrando o olhar sobre as monitoras, como então se designavam, foram identificados “dois modelos” diametralmente opostos: um, marcado pela rigidez e frieza relacional e

outro de maior proximidade e interacção com as alunas, nos diversos contextos. O primeiro, dominante, associado ao estereotipo das “solteironas” que Germaine Greer (2000: 279) descreve como “mulher[es] tensa[s] e sinistra[s] de quem os homens não se conseguiam aproximar, ou seja a tia solteirona, mulher seca e estéril, nos dizeres de Teresa Joaquim (1983). Quanto menos atenção recebia, mais ríspida e repelente se tornava e que praticamente se “consagravam” à profissão:

Tive, assim, dois modelos opostos. Um, o mais frequente, constituído por mulheres solteiras, sem vida privada, quase rígidas, e de poucos afectos. Embora numa ou noutra, entre as que tinham sobrinhos, fossem por vezes mais perceptíveis. Passavam ali os fins-de-semana, não saíam para conviver com outros mundos, limitavam-se um pouco ao lar e ao que estava à sua volta. No fundo, devia ser muito marcante. Estavam presentes todos aqueles esquemas que nos bastidores dizíamos “é mesmo solteirona”. Eram rígidas, mesmo nas orientações da prática, o ensino era muito normativo e regulado. Eram quase todas assim, com uma ou duas excepções muito acentuadas. (HV5).

Este foi o único ‘modelo’ de enfermeiras referenciado pela enfermeira Maria Diogo (anos quarenta), sendo que as narradoras integradas na década de sessenta revelaram já a existência, ainda que minoritária, de um outro grupo que apelidaram de mais “arejadas”, “abertas” e “mais compreensivas”. Algumas das quais foram referenciadas também pela juventude e pela formação no estrangeiro. É interessante constatar a descodificação do “não dito” no sentido da resistência e luta:

Uma das internas era do Porto, já faleceu, a Enf.^a Nilza Ralha, que tinha vindo da América, era nova, alegre e, sem falar directamente, percebia-se que era muito lutadora. Era diferente, entendia-nos melhor (HV4).

Embora tenha sido um grupo minoritário que atravessou a vida das narradoras, foram determinantes das relações que, mais tarde, estabeleceram como profissionais, ou seja, da forma como construíram as suas subjectividades:

Recordo a professora de Saúde Comunitária, que ia para a rua e tomava café connosco. Era alguém que devo distinguir por não ter nada a ver com o perfil anteriormente mencionado. Este foi um modelo que segui na minha vida profissional (HV5).

O conhecimento e a competência técnico-científica e pedagógica dos/as professores/as, nomeadamente de enfermagem, foram enunciadas quer como factores promotores de desenvolvimento pessoal e profissional integrado quer como “modelos” a perseguir ao longo das suas vidas:

A enfermeira Sales Luís (...) Foi com ela que aprendi a valorizar tudo, por vezes, coisas consideradas mínimas, mas que são fundamentais para o desenvolvimento da autonomia dos utentes/doentes e famílias (HV6).

Neste contexto, algumas biografadas, particularmente Dali e Correia Santos, convocaram a importância que algumas directoras de escolas tiveram na implementação progressiva de uma cultura de grande rigor técnico-científico, de inovação e mudança no ensino enfermagem, desafiando, simultaneamente, os estereótipos de feminilidade e os ideais construídos em torno 'da enfermeira':

A influência da monitora chefe da nossa escola, que era formada pela Escola Técnica de Enfermeiras (ETE), onde estes aspectos eram fortemente valorizados, fez-se notar. Morreu na fase final do meu curso mas, do pouco que conheci, era uma mulher muito rígida, mas pareceu-me muito sólida de conhecimentos e tecnicamente perfeita. Também em termos de organização me pareceu muito boa. Tudo na escola estava metodicamente organizado, provavelmente excessivamente organizado. Era uma casa senhorial bem cuidada, nomeadamente no que se refere aos nossos espaços. Penso, até, que a escola fazia questão disso e, de certa maneira, essa senhora enfermeira reproduziu, na nossa escola, o modelo da ETE. Foi a transposição de um modelo de alguém que foi bolseira, fez formação em enfermagem na América e regressou com outras ideias. (...) Foi uma intervenção que talvez, inicialmente, não passasse do nível local, mas que se foi difundindo (HV5).

Portanto, a realçar-se o papel de directoras de escola na produção de novas sociabilidades. De facto, embora os sistemas de educação/formação tivessem (e tenham) um grande papel na reprodução das desigualdades sociais e de género, estas não ocorrem de forma directa e linear. Neste sentido, está em causa a margem de autonomia relativa dos sistemas educativos (Apple, 2001; Morrow e Torres, 1997). De qualquer modo, interessa relembrar que, inicialmente, só uma minoria teve acesso a uma formação cientificamente mais consistente.

Dali e Correia Santos realçaram, ainda, o papel das directoras da escola de enfermagem na promoção de uma cultura de participação na vida da escola:

homenagem seja feita à Directora de então. Era uma escola verdadeiramente democrática e extremamente inovadora (HV7).

Em relação às chefias foi enfatizada sobretudo a acção no sentido da veiculação de valores vigentes, como a submissão, a abnegação, o consentimento ou, pelo menos, o silenciar dos descontentamentos:

Neste sentido, actuavam as chefias. À época, transmitiam-nos os valores vigentes na sociedade. Reivindicar vencimentos, menos horas de trabalho ou férias, era falta de nível. Era a dedicação e submissão a esses valores e isso influenciou muito as enfermeiras para não reivindicarem e não saírem dos serviços (HV4).

Embora o aludido se remeta, fundamentalmente, à vigência salazarista, o conservadorismo interno à profissão ainda é bem visível em inícios dos anos oitenta. A obstaculização dos processos de formação ao longo da vida, por parte de Direcções de Enfermagem, evidencia essa dura realidade (ver capítulo VII):

Os serviços passavam por alguns problemas de organização, nomeadamente de horários, a comunicação não chegava aos centros de saúde, a direcção de enfermagem bloqueava os desenvolvimentos das pessoas (HV5).

Sendo uma realidade difícil de aceitar, torna-se compreensível à luz da teorização de Bourdieu (1999). Na realidade, as estruturas cognitivas, subjectivas existem na relação com as estruturas objectivas, constituindo-se na base de estruturação dos próprios indivíduos. O poder, mesmo simbólico, consolida-se na possibilidade de estabelecer uma ordem gnoseológica, proporcionando não só o conhecimento do mundo, mas também a construção de uma matriz sob a qual se vai construir esse conhecimento. A perspectiva dominante conformou profundamente as matrizes de sujeitos com “supostas” responsabilidades no desenvolvimento da profissão e do ensino. O regime residencial em internato expressa uma das dimensões da formação que atravessou a vida de várias narradoras que urge interpelar e compreender no contexto específico da formação em enfermagem

1.3.4. Lares: especificidades, oportunidades e espaços de socializações

As experiências em lares-escolas foram trazidas por Carvalho Martins, Maria Diogo e pelas narradoras inscritas na década de sessenta, tendo-se desenvolvido maioritariamente em torno das diferentes condições físicas, das especificidades em enfermagem, da estratégia de atracção e oportunidade que representavam, sobretudo para as jovens da província prosseguirem a formação, da consubstanciação de espaços privilegiados de convívio e de confronto de poderes instituídos, e das implicações das regras de funcionamento ou ‘normas de conduta’ como Correia Santos as designa, nas suas vidas. A rigidez da normalização está presente nos discursos de todas as narradoras, excepto Carvalho Martins, tendo sido, porém, alvo de diferentes interpretações no que se refere às ressonâncias nos desenvolvimentos pessoais e profissionais.

A preferência feminina em regime de internato contemplada em diplomas legais, na vigência do regime salazarista, não foi colocada ou interpelada, nesta pesquisa. Portanto, foi essencialmente problematizada a questão em termos de vivências pessoais e não tanto no que se refere ao papel do estado na formação integral das enfermeiras (Collière, 1989; Petitat, 1989; ver também Soares, 1997; Carneiro, 2003, Amendoeira, 2006).

Assim, Maria Diogo salientou as deficientes estruturas físicas:

Ficávamos alojadas no lar da escola. Vivíamos em más condições. (...) o meu pai não dava grande apoio, também não tinham possibilidades para mandar encomendas e eu não pedia, comia o que havia. (HV2)

A situação tornava-se ainda mais difícil pela distância a que se encontravam os pais, pelas limitações económicas e pela acumulação das aulas com o estágio/trabalho. Apesar de nenhuma das outras narradoras que cursaram neste período, ter frequentado, nem se ter pronunciado sobre esta problemática, as enfermeiras que se integram na fase seguinte, à excepção de Maria Aurora Silva, fizeram alusão a espaços físicos cuidados, bem organizados, agradáveis. Segundo a enfermeira Sintra, a ETE possuía, até, uma sala destinada a receber visitas, nomeadamente os namorados, o que era questionável à luz dos valores e normas preconizadas pelo regime:

À época, podia-se dizer que tinha um ambiente aberto. Havia uma sala onde recebíamos os namorados que nos podiam ir buscar. Por isso, é que diziam:
- São muito finas, muito finas, mas...
Era o resultado do choque entre o encerramento defendido pelo Estado Novo e alguma abertura por parte da escola (HV4).

Um dos tópicos interessantes trazidos pela enfermeira Correia Santos trata-se da ocupação de pisos superiores à medida que se progredia no curso:

A escola-lar era uma bonita casa, que ainda existe na Rua Álvares Cabral, onde funciona actualmente a Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto. A escola funcionava no piso de acesso e nos andares superiores funcionava o lar, onde havia quartos e camaratas. Os primeiros, geralmente, eram destinados às monitoras, que, à época, faziam serviço ao lar. As alunas ocupavam as camaratas, com a particularidade de irmos subindo, da camarata para os quartos mais pequenos, à medida que progredíamos no curso (HV5).

A esta organização dos espaços, subjaz uma estratégia de exercício de poder e uma tática subtil de veiculação da noção de espaços a que os corpos podem aceder em função da escala hierárquica e da vigilância efectuada e a efectuar (Foucault, 2002).

O facto das “monitoras estarem todas metidas no lar” com as alunas, ou seja, da vigilância ser efectuada por monitoras, quando nas outras instituições congéneres para alunas universitárias estava a cargo de regentes ou freiras, e de serem todas solteiras, não foi muito valorizado, mas não passou despercebido à enfermeira Correia Santos aquando da sua admissão na escola:

A vigilância do lar estava a cargo das monitoras, curiosamente eram mulheres solteiras. Só mais tarde, a monitora chefe era casada. Não me lembro de ter alguma monitora casada. É engraçado, no liceu tive professoras casadas e na escola de enfermagem eram todas solteiras. Não valorizei muito, mas chamou-me a atenção, ainda mais, pelo fenómeno das monitoras estarem “todas metidas” no lar connosco! Aquela situação era diferente de outros lares que conhecia, nomeadamente os universitários, em que, geralmente, ou eram freiras ou regentes que os supervisionavam (HV5).

Na medida em que a vigilância era da competência das monitoras, a disciplinação tendia, e esse era o objectivo implícito, a ser interpretada com maior acutilância:

Claro que, também chamava a atenção por sabermos que eram professoras e, portanto, não podíamos pôr o pé na argola, teríamos de ter cuidado redobrado, até porque havia o castigo (HV5).

A enfermagem portuguesa, inspirada no modelo Nightingaleano (Soares, 1997), procurava exercer uma influência completa e praticamente a tempo inteira, sobre as alunas. Nesta medida, os lares constituíam espaços/tempos privilegiados para as aprendizagens subjacentes ao papel atribuído 'à enfermeira', consubstanciadas na fusão entre a vida privada e a vida pública. Assim, o internato, sendo uma medida amplamente adoptada na educação de mulheres, assumiu contornos reforçados na enfermagem. Noutros lares, a vigilância estava adstrita a enfermeiras das instituições em que as escolas se integravam, como no caso da ETE, mas igualmente sujeita a regras rígidas.

O controlo dos corpos, dos espaços e dos tempos visando a prevenção do ócio, a intensificação dos tempos produtivos, a racionalidade dos movimentos e a interiorização da hierarquização a que estavam sujeitas integravam a formação em enfermagem. À disciplinação associava-se a 'sanção normalizadora' (Foucault, 2002: 148) que funcionava simultaneamente como repressora, como uma micropenalidade do tempo, da actividade, dos discursos e como punição, através de processos que as podiam privar do pouco espaço/tempo que lhes restava como "seu":

À época, eram objecto de castigo, sobretudo, o mau cumprimento dos horários de apagar as luzes, andar nos corredores fora de horas ou alguma desobediência, entre outras, deste tipo. Podíamos ficar um ou dois fins-de-semana sem sair, o que era muito, pois estávamos ali, toda a semana. Durante a semana, podíamos sair até às sete horas e, ao fim-de-semana, até às dez. Mesmo de regresso de fim-de-semana, tínhamos de ter imensos cuidados para não nos atrasarmos.

Era, pois, um lar com uma série de regulamentação bastante rígida, a que chamavam «normas de conduta» ou uma coisa do género. Quase fazia lembrar o regime militar. Para além dos horários estarem estabelecidos, exigiam autorização dos pais para sair e tinham uma empregada sempre a controlar a porta. Era tudo muito rígido. Por exemplo, entrávamos no refeitório, sentávamo-nos e levantávamo-nos todos ao mesmo tempo e a aluna que estava encarregada de rezar as orações tinha que previamente pedir autorização às monitoras, que ocupavam uma mesa diferenciada, ao fundo do refeitório (HV5).

Semanalmente, o administrador hospitalar aparecia para almoçar no lar:

E, pelo menos uma vez por semana, o administrador do hospital, o equivalente na actualidade ao Presidente do Conselho de Administração, ia lá almoçar (HV5).

Em nossa perspectiva, tratava-se de uma expressão simbólica de demonstração do poder patriarcal associado às organizações hospitalares, de reiterar as expectativas em relação ao papel a desempenhar como profissionais bem como a dependência da escola face ao hospital.

Quando se pretendia, através dos lares-escolas, o isolamento face ao mundo, das “más” influências externas, por suposta incapacidade sócio-afectiva e intelectual das enfermeiras para as confrontarem e gerirem, através da normalização rigidificada, as narradoras reconhecendo-lhe esta dimensão, encontram outras relevantes para o seu desenvolvimento integrado e para diminuir a sujeição e a subordinação.

Apesar da rigidez das normas e das punições, Correia Santos e Maria Aurora Silva revelaram diferentes estratégias de fuga à disciplina e à normalização. Os “piqueniques” nas camaratas, o “assalto” aos tabuleiros que se destinavam a servir o café e os biscoitos às monitoras, enquanto as alunas não tinham acesso nem sequer a um bar e o “cooptar” de monitoras “mais abertas” com quem estabeleceram relações de proximidade invulgar entre docente e alunas, consubstanciada através de saídas conjuntas nos tempos regulamentados, da diversão em grupo e da gestão dos atrasos na entrada no lar perante as entidades superiores, traduzem tácticas de oposição à “normalização”, ou seja, de desafio e subversão do poder instituído. Paradoxalmente, em pleno salazarismo, emergiu como um espaço de ‘contestação organizada’ ao autoritarismo docente:

Até que, em determinado momento, surgiu uma monitora, da escola, a fazer vigilância ao lar, cujo comportamento era, para nós, absolutamente inaceitável. Insultava-nos, não se coíbia de fazer insinuações relativas à nossa vida, que em nada correspondiam à realidade. Dirigia-se a nós como se não merecêssemos respeito, e isso, não podíamos aceitar. Organizámo-nos, pedimos uma entrevista à Enfermeira Directora, Enfermeira Costa Macedo, onde deixamos muito claro, que, no lar, ficaríamos nós ou a monitora. A dita monitora fechou-me no quarto, ameaçou-me de que não acabaria o curso, mas resolvemos o nosso problema (HV6).

Deste modo, foram considerados, por todas as narradoras integradas na década de sessenta, como espaços/tempos de primazia em relação ao convívio, e mais uma vez à sororidade, à partilha de culturas e ideologias religiosas e ao debate dos problemas com que se confrontavam no quotidiano de formação:

Foi muito interessante esta experiência, pois favorecia, quer o convívio com colegas de diversas regiões e culturas, quer a discussão dos problemas que tínhamos na escola e no lar. As regras eram muito rígidas, sobretudo, no que se referia a horários de entrada e saídas à noite, mas cumpriam-se (HV6).

Havia sim, um belo quintal onde convivíamos muito. (...) O convívio foi qualquer coisa que nunca esquecerei, como não esquecerei as tropelias ao instituído que, consciente ou inconscientemente, foram feitas por nós (HV5).

Note-se que era uma convivência programada, dentro de limites, mas considero que foi bom. (...) tínhamos colegas anglicanas, o que dava origem a análises interessantes sob o ponto de vista religioso. (...) as alunas mais velhas ajudavam-nos, recebiam-nos e integravam-nos. (HV4).

Mais ainda, a autonomização face à família constituiu uma outra referência às potencialidades dos lares-escolas:

Com a reprovação, consegui convencer a minha família de que, se estivesse no lar, teria maior disponibilidade para estudar. Claro, que não era esta a motivação. Nunca tinha estado fora de casa e era uma coisa que eu queria, desde muito cedo (HV6).

Assim, para as enfermeiras Sintra, Correia Santos e Maria Aurora Silva esta experiência, embora tivesse sido muito rígida, também teve aspectos muito positivos, no domínio da preparação para a vida pessoal e profissional. Foram destacadas algumas mais valias, primordialmente, relacionadas com a cooperação intra-pares, a promoção da criação de uma cultura de partilha e de debate de problemas e o cumprimento de regras que consideram fundamentais quando a saúde dos/as cidadãos/ãs está em jogo, nomeadamente: a assumpção de responsabilidades, a organização, a definição de princípios subjacentes aos cuidados e o cumprimento de horários. Porém, “a rigidez de princípios e imposição de castigo que, não sendo corporal, era bastante acentuado”, trazidos por Correia Santos e Maria Diogo, constituem um outro ponto de vista não negligenciável.

De acordo com Carvalho Martins, em finais dos anos cinquenta, os lares supervisionados por freiras constituíam uma estratégia de atracção e uma possibilidade para que as jovens oriundas das ‘províncias’, mediante o consentimento dos pais, pudessem deslocar-se ao ‘grande centro urbano’ e, assim, prosseguirem uma formação que lhes garantia o acesso ao trabalho na esfera pública:

Nessa altura, quem vinha para a Escola, rapariguinhas da província, de meios familiares bons, mas que não tinham grande cultura. (...) Vinham para Lisboa porque tínhamos um lar. As famílias da província, como havia freiras, deixavam-nas vir. Está ver a estratégia! As famílias estavam sossegadas. Umas vinham para enfermeiras e outras para auxiliares (HV1).

Importa lembrar que o conservadorismo e a religiosidade do povo português eram ainda mais acentuados nas regiões rurais (Rosas, 1994; Braga da Cruz, 1992).

1.3.5. Bolsas de estudo: “autonomia” e “dinheiro de bolso”

A questão das bolsas de estudo foi colocada em relação à formação inicial e em relação à formação ao longo da vida.

A atenuação dos encargos familiares, a autonomia financeira face à família e o maior conforto económico deram corpo ao teor do debate em relação à formação inicial. Tratava-se de um montante atribuído, a descontar mensalmente no vencimento durante os primeiros anos de vida profissional. Assim, para Correia Santos, o gozo do estatuto de bolseira representou a assumpção das responsabilidades financeiras inerentes à sua formação e simultaneamente a atenuação dos encargos familiares:

Fiz o meu curso com bolsa, a pagar quando entrasse na profissão. Éramos cinco filhos, a vida não era fácil, portanto achei que devia ser eu a pagar o curso, utilizando o estatuto de bolseira. Depois de concluído o curso, a bolsa era descontada no ordenado (HV5).

Maria Aurora Silva, sempre atenta à contextualização espaço/temporal, dá conta de que o montante da bolsa representava cerca de metade do vencimento do seu pai, à época. Portanto, sendo a autonomia em relação à família um dos seus grandes anseios, estavam criadas as condições fundamentais à decisão em fazer o curso geral de enfermagem em detrimento do de auxiliar de enfermagem:

Depois de me assegurar do montante da referida bolsa, quase metade do vencimento do meu pai, decidi fazer o Curso Geral. Trezentos escudos era muito dinheiro, à época. Dava para tudo: propinas, transporte, livros. Era muito importante para mim, porque queria ganhar dinheiro, independência e autonomia em relação aos meus pais (HV6).

O assegurar dos gastos do quotidiano revelou-se numa outra perspectiva trazida pela enfermeira Sintra:

(...) tive bolsa, para ter “dinheiro de bolso” (HV4).

A autonomia e a vontade de serem autoras e actoras das suas próprias vidas serão provavelmente algumas das razões pelas quais a atribuição de bolsa como medida adoptada pelo Estado Novo para atrair mulheres à profissão, sobretudo jovens oriundas de meios sócio-económicos menos favorecidos fosse, apenas, tangencialmente abordada, neste trabalho.

No que concerne à atribuição de bolsas de estudo para formação ao longo da vida, colocou-se a questão de ser uma política de actualização adoptada, exclusivamente, pela ETE, sendo, na perspectiva de algumas narradoras, suportada pela Fundação Rockefeller e não pelo Estado. Só a partir de meados dos anos sessenta é que se começaram a vislumbrar alguns sinais de mudança,

sobretudo por influência de organizações estrangeiras. Correia Santos foi uma das enfermeiras que, em finais dos anos setenta, teve a possibilidade de visitar algumas organizações de saúde e de ensino de enfermagem e partilhar experiências com teóricas de enfermagem reconhecidas internacionalmente. Em certa medida, esta problemática será retomada no capítulo VII.

1.3.6. “Os médicos ganhavam quatro contos por exame final e nós... nada!”

Numa longa visita entre espaços/tempos em que foi aluna e, mais tarde, “monitora-chefe”, ressalta o agravamento das condições de exame (e não só) a que estavam sujeitos estudantes e enfermeiras/os docentes, deixando perceber o papel do Estado Novo na veiculação da opressão das/os enfermeiras/os. Tal como a legislação o previa, nos anos cinquenta, os exames eram efectuadas em escolas oficiais, sendo que, em Lisboa, eram realizados na EEAR. De facto, o regime foi fértil em criar condições não só que assegurassem a opressão e a dominação das enfermeiras/os como também da aceitação “natural” condições. Enfermeiros/as docentes e futuros/as enfermeiros/as iniciavam os seus exames às primeiras horas da manhã e viam-se obrigadas/os a aguardar que os médicos chegassem dos seus consultórios para fazerem os exames que se prolongavam até à madrugada do dia seguinte:

No tempo em que fiz o meu curso, na Escola de Enfermagem São Vicente da Paulo, os exames finais decorriam durante o dia.

Depois, já como docente, os alunos das Escolas de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, das Missionárias de Maria e S. João de Deus, iam fazer os exames finais à Escola de Enfermagem Artur Ravara. O Júri era nomeado. (...) O turno da manhã começava às 8 e terminava à 13 h. Os médicos iam embora para os seus consultórios e vinham às 19.30 h. (...) Muitos enfermeiros fizeram exame à meia-noite, meia-noite e meia hora e uma da manhã.

Nós iniciávamos os exames de Técnicas de Enfermagem, como então se chamava, às 8 h da manhã até às 13 h e retomávamos das 14.30 h até às 19 h. Geralmente, durava 15 a 20 minutos e eram examinados cerca de onze alunos, em cada período. (...) Depois, os médicos faziam uma chamada, de dez minutos, a cada uma das três disciplinas: Patologia Médica, Patologia Cirúrgica e Anatomia. Chegados ao fim, às vezes à 1 hora da madrugada, fazia-se a média e saía a pauta com os aprovados e reprovados (HV1).

Pagava-se aos médicos para se encarregarem de não deixarem resquícios de dúvidas em relação ao que se pretendia das/os futuros/as enfermeiros/as, preferencialmente enfermeiras. O “modelo-tipo de enfermeira” implicava a entrega absoluta, o trabalho desmedido, a assumpção de uma ordem patriarcal “natural” e a submissão aos interesses e ordens médicas, assente na desvalorização económica da intervenção em enfermagem:

Foi, pois, uma vida muito difícil. Entrávamos às 7.30 da manhã e saíamos, no outro dia, à 1 da manhã! E os médicos ganhavam quatro contos por cada exame e nós não ganhávamos nada, porque era enfermagem! Estávamos no nosso campo, não tínhamos direito a ganhar! Como eram médicos, eles é que ganhavam! Era uma coisa diferente! (HV1)

Melhor, tudo era efectuado a troco do desrespeito e da alienação humana. A dupla ascendência “da enfermeira”, religiosa e médica, contribuíram para que as práticas oscilassem entre o valor inestimável e a desvalorização. De facto, “[n]ão tendo os cuidados outro preço para além do de uma vida que é preciso consagrar-lhe, têm um valor inestimável que, por outro lado, não pode ser senão depreciado porque a enfermeira não faz mais do que o seu dever” (Collière, 1989: 88) como a narradora referiu.

As vozes soaram, por vezes, a gritos abafados de um percurso trilhado, mas à força de se mover em carris torcidos por uma consciência dolorosa e profundamente magoada pela opressão e exploração, acrescidas do que os/as enfermeiros/as estavam sujeitos e que o tempo se revelou incapaz de apagar:

Pedia-se muito aos enfermeiros, mas foi um caminho andado e conseguido (HV1).

Esta foi das muitas expressões que as narradoras fizeram questão de trazer ao conhecimento de todos/as e que traduzem a complexidade inerente a construções que assentam nas marcas em corpos negados, mas também na persistência, na determinação e na visão estratégica conducente a mudanças que só feminilidades transformadoras (Fonseca, 2006) poderiam liderar. Neste contexto, de forte modelação d’«a enfermeira» fundida na categoria mulher, a interpelação em torno de percepções em mudança no que concerne à presença de homens na profissão constitui uma linha de força que urge descobrir e interpretar de seguida.

1.3.7. Entrada “da masculinidade” numa profissão construída no feminino

As incompreensões inerentes ao exercício profissional masculino, as contradições, a interpelação em torno das ameaças à ‘masculinidade’ e o reforço intencional das masculinidades através da linguagem foram emergindo dos discursos, segundo a ordem cronológica em que as narradoras se inscrevem. Neste domínio, todas as enfermeiras se posicionaram à excepção de Correia Santos (HV5).

De um modo geral, prevalece a noção de que os homens, até meados aos anos setenta, seriam incompreendidos e “mal vistos na profissão”, excepto quando

intervinham em áreas que, desde o início, se estribam na “retenção ou reparação dos males do físico ou do social” (Collière, 1989: 36) como, por exemplo, a psiquiatria. Nesses domínios, era suposto conter os males “pela força” (ibidem), o que era de todo incompatível com a presumível “natureza” frágil ‘da mulher’:

Os homens na enfermagem não tinham problemas quando iam para a Psiquiatria. De resto, nas décadas de sessenta e setenta, eram vistos como seres externos à profissão (HV4).

Os homens eram pouco entendidos na enfermagem (HV6).

Sob matrizes da apreensão do mundo construídas e reconstruídas constantemente pelo “bombardear” de mensagens, explícitas e implícitas, no sentido de que a enfermagem era um trabalho de mulheres, o facto de se gostar de ter homens na profissão, como refere Carvalho Martins, nos anos cinquenta, era alvo de comentários jocosos por parte das colegas:

A profissão era de mulheres, mas eu sempre gostei de ter homens! Sempre tive alunos do sexo masculino. Era muito bom ter homens. Ainda me lembro das reuniões, que eram muito boas, realizadas no Instituto Ricardo Jorge com as enfermeiras directoras e chefes e onde me diziam:

- A Correia Martins com a mania dos homens! (HV1)

O humor sempre constituiu um poderoso meio de pressão e crítica social, que parece não ter perturbado muito a nossa narradora. Não tendo sido apurada a base de argumentação, as interpretações possíveis em torno da posição assumida pela narradora oscila no leito de ambiguidades. Por um lado, podia tratar-se da defesa dos interesses da população da escola que dirigia, sendo esta de frequência mista. A confluência de factores, consubstanciada pela dimensão anterior associada à centralidade das relações pedagógicas profusamente fluidas ao longo do discurso da narradora, pode corroborar esta perspectiva. Por outro, a sua preferência por “senhoras com boa formação” para o ensino induz uma outra linha de pensamento relacionada com apoio dado ao exercício profissional masculino no estrito campo da prática de cuidados. Nesta lógica, podia estar em jogo a preparação de homens para cuidar de outros homens e para assegurar a intervenção em domínios legalmente vedados às enfermeiras. Poderia, ainda, expressar um sinal de ruptura em direcção ao cuidar como direito e um dever de todos/as. Embora sendo uma probabilidade interessante, face ao exposto anteriormente, parece ser algo remota. É curioso que o facto de não se argumentar a posição, paradoxalmente, acabou por atrair ainda mais atenção sobre a temática, o que nos leva a interpelar a existência, deste efeito, à época. De qualquer modo, independentemente da base de argumentação, representou

uma ruptura com ideologias e práticas dominantes, como se depreende das palavras da enfermeira Maria Francisca Soares:

Havia pouquíssimos enfermeiros homens, nessa altura, mas havia naturalmente alguns, embora as enfermeiras fossem um pouco contra eles (HV3).

Sendo uma situação, provavelmente, relacionada com leituras baseadas em pensamentos dominantes, não se pode excluir também a possibilidade dos homens terem sido percebidos como ameaça às oportunidades de trabalho na esfera pública que, por esta via, se começavam a desenhar para mulheres de vários estatutos sociais, ainda que sob o signo de uma cidadania tutelada.

A enfermeira Maria Diogo salientou a percepção de distintas formas de estar e de fazer na profissão em função do género. Em sua perspectiva, a entrega plena e a determinação na progressão na carreira (à excepção dos enfermeiros que estavam no sindicato) assumia expressões diferenciadas, por evidentes, nas enfermeiras:

Notava que eram quase todos auxiliares, muito poucos homens faziam o curso geral ou seguiam carreira, à excepção dos que estavam no sindicato. Eles faziam enfermagem, mas não com aquela solidariedade e entrega das enfermeiras (HV2).

Se a posição de Maria Diogo (HV2) se explica pelas diferentes socializações, nomeadamente através da inculcação veiculada pelo ensino de enfermagem, já a atitude de Correia Martins (HV1) “foge” às expectativas sociais. Não se esperava determinação, nem ambição profissional nas mulheres, mas estando elas em maioria evidente, essa possibilidade, mesmo fortemente combatida não era susceptível de ser anulada. No entanto, não se avança em termos de interpretação, pois não se dispõe de informação pormenorizada em relação ao estatuto social comparativo entre enfermeiros e enfermeiras.

Maria Francisca Soares, tendo entrado na profissão no início da década de sessenta, só contactou com enfermeiros dez anos depois, na sequência da cessação de funções na ETE e assumpção de outras, no domínio de um órgão de poder político central. Embora continue a defender que as mulheres são mais maternais e que esta é uma qualidade importante ao exercício profissional de enfermagem, expressa apoio e reconhecimento à intervenção masculina, remetido à época:

Eu costumo proteger as minorias, especialmente, quando são atacadas. Comecei a ter contacto com homens enfermeiros quando deixei a ETE e exerci funções nestes cargos e instituições, onde tive oportunidade de fazer a apreciação de alguns que vi trabalhar e, por variadas vezes, fui favorável. A

minha posição em relação a eles é excelente. Considerei que são capazes de prestar cuidados de enfermagem excelentes. Não penso que, à altura, estivessem só ligados à administração (HV3).

São contradições que integram o nosso quotidiano e sistematicamente nos fazem equacionar e relembrar a influência da componente social na construção das subjectividades. Do discurso da narradora flúem, ainda, outras perspectivas que conferem especificidades à enfermagem, frequentemente ignoradas, em parte, por a feminização das profissões ser comumente abordada numa lógica homogeneizante.

Deste modo, destacam-se as relações de cariz proteccionista e a percepção de uma ocupação pouco significativa dos cargos de gestão.

Na posição de Maria Francisca Soares (HV3), estão em causa relações de poder desigual, invertendo-se os termos sociais dominantes, isto é, enfermeira-enfermeiros. As funções exercidas pela narradora (e por outras) conferiram-lhe um estatuto sócio-profissional invulgar em termos de género. Em certa medida, o primeiro decorre do segundo termo, na medida em que a enfermagem foi maioritariamente liderada por mulheres, como tivemos oportunidade de constatar quer pela análise documental quer pela interpretação das vozes das narradoras. Os cargos políticos, no âmbito do ensino e da profissão, nomeadamente a nível do poder político central, e os cargos de gestão foram maioritariamente exercidos por enfermeiras, contrariamente a outras profissões igualmente feminizadas (Araújo, 2000; Cortesão, 2000; ver também Guinot, 2003).

Na perspectiva das enfermeiras Maria Francisca Soares e Sintra, a evidência da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados por enfermeiros, em âmbito hospitalar, tendo por pano de fundo a precariedade de condições, foi dando corpo a transformações progressivas nas representações sociais:

Depois, começamos a vê-los trabalhar nos hospitais e trabalhavam bem! (HV4)

Só observei prestação de cuidados de enfermagem, na sua verdadeira concepção, em Coimbra, com um enfermeiro que me encantou, era uma coisa extraordinária. Faço questão de referir os cuidados de enfermagem prestados pelo Enfermeiro Valente, a um doente que estava malíssimo, deitado num colchão, no chão. Dantes, era assim. Havia colchões no chão, mesmo no Hospital Universitário de Coimbra. Fiquei perfeitamente rendida, mas também comovida. "Dizem que sou boa enfermeira, mas não sou nada ao pé deste homem!" - Pensei eu (HV3).

Transformações que Dali, partindo da sua experiência quer como aluna, já no pós-revolução de Abril, quer como profissional reitera:

O meu curso era predominantemente feminino. Tínhamos dois rapazes muito acarinhados por nós (HV7).

Importa lembrar que as mudanças trazidas pelos ventos de Abril se traduziram, fundamentalmente, na ampliação de oportunidades para os enfermeiros e na redução do fosso em termos de desigualdades de classe.

Retomando o discurso de Dali, evidenciam-se dois enfoques centrados na actualidade: um relacionado com as preocupações no âmbito do ensino de enfermagem, outro que se prende com as suas vivências e experiências pessoais e subjectivas, fundamentalmente no âmbito da gestão.

No que se refere à formação, o seu olhar estende-se num vaivém entre o Curso de Licenciatura e o Curso de Pós-Licenciatura de Enfermagem de Especialização em Saúde Materna e Obstetrícia. Em relação ao primeiro, partindo da constatação de que os insucessos em que tem estado envolvida ocorreram com alunos, interpela-se se não estará em causa a sua dificuldade em lidar com rapazes:

Preocupo-me também com o Curso de Licenciatura. Queria estudar isso. Não sei, mas gostando tanto de lidar com homens, acho que sou mais exigente com eles. É uma impressão que tenho. Nunca reprovei nenhuma aluna e já reprovei três alunos, no estágio de enfermagem de saúde materna e obstétrica. Será que isso tem alguma relação com a minha dificuldade de lidar com o género? (HV7)

Constata-se que a sua interpelação se estrutura na base de um sentido unívoco em resultado da dúvida em relação a si própria. As questões inerentes a socializações diferenciadas de rapazes no domínio do cuidar não foram aqui equacionadas, mesmo estando em jogo a prestação directa de cuidados, com a especificidade acrescida inerente a uma área que até muito recentemente era, quase, da exclusiva responsabilidade de enfermeiras. A preocupação reside nas implicações de uma formação que foi e se mantém construída no feminino sobre as vidas dos rapazes. Deste modo, a questão central, ou seja, a manutenção da suposta “natureza feminina”, da diferença pela inferioridade, e por inerência o comprometimento da profissionalização, a menorização e subalternização das enfermeiras são jogados para as margens da discussão. Dito de outro modo, são silenciadas e invisibilizadas as condições de opressão feminina, neste caso, até se tratando de uma maioria na profissão. Importa deixar muito claro que o problema não se coloca em relação à dimensão dos grupos, mas à condição de oprimidos/as e explorados/as independentemente do número. Sob estas lógicas, a necessária profissionalização a favor da qualidade dos cuidados prestados a todos/as os/as cidadãos/ãs e do desenvolvimento de todos/as profissionais, isto é,

a desgenderização do cuidar na esfera pública e privada, fundamental ao exercício pleno da cidadania, corre o risco de se manter na orla da maioria das consciências. No fundo, constituem renovadas e, quase, imperceptíveis estratégias sociais que asseguram a manutenção das discriminações de género. “Conceitos como «feminilidade» e «masculinidade» ganharam sentido no plural. Urge, assim, fazer outros encontros, no sentido de questionar regimes de verdade, binarismos, de mestiçar formas de conhecimento e de entender a realidade e o mundo” (Marques, 2002: 107).

Dali prossegue a sua intervenção, acompanhando a actual “onda” de preocupações sociais em torno das potenciais ameaças ao sucesso dos rapazes e à própria ‘masculinidade’ (Fonseca, 2006; Araújo e Henriques, 2000), como se de uma categoria homogénea se tratasse¹⁸⁰:

Tenho estado atenta e questiono-me: “Teremos um ensino de Enfermagem adaptado à diversidade, ou teremos na mesma um curso de Enfermagem ainda muito construído em torno de uma tal “natureza” feminina? E como é que viverão os homens esta questão? Até aqui, estivemos interessados em como é que vivem as mulheres, mas acho que é muito interessante estudar também a forma como eles vivem a masculinidade, ainda por cima, estando em minoria. Acho que nós, professores, ainda não pensamos muito nisso. O modelo de formação foi predominantemente feminino ao longo dos anos e penso que ainda não o adequámos à diversidade (HV7).

O olhar sobre passado retém-se na herança construída no feminino que, de acordo com a narradora, ainda atravessa os processos formativos, não se encontrando adequada à diversidade de género, entenda-se, adequada a rapazes. Esta preocupação estende-se ao nível do Curso de Pós Licenciatura de Enfermagem de Especialização em Saúde Materna e Obstétrica:

No actual Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o único aluno que tinha, homem, até já escrevia “ser enfermeira”. Porque, realmente, o discurso era sempre “enfermeira”. Não estou a acreditar que ele plagiava o trabalho, não. À força de tanto ouvir “ser enfermeira-parteira, ser enfermeira-obstetra, ser enfermeira da área da saúde sexual reprodutiva”, assumia-se no feminino. O nosso discurso é tal que, mesmo o masculino, acaba por interiorizar e passa a ser feminino, lidando com isso passivamente. Nunca se questionou. Cheguei a dizer-lhe:
- Orgulhe-se, é o nosso homem (HV7).

Concordamos em pleno com a narradora sobre a necessidade da linguagem ser mais democrática e dar visibilidade a todos/as cidadãos/ãs. No entanto, as oposições ao falso neutro continuam a evidenciar um sentido potencialmente

¹⁸⁰ De acordo com Connell (1995), não é suficiente reconhecer a diversidade nas masculinidades. Importa reconhecer também as relações entre os tipos diferentes tipos de masculinidades, isto é, de aliança, de dominação e de subordinação.

unívoco da problemática. Como refere, erguem-se um sem fim de dificuldades, nomeadamente no seio do grupo docente, para que os documentos emanados se afastem do universal neutro. Importa lembrar que o recurso à linguagem inclusiva no quotidiano constitui uma forma de relevância indelével para o forjar da sua introdução nos múltiplos contextos. A problematização das questões de género no seio da cidadania só há década e meia começa a fazer eco em Portugal. O universal neutro que atravessa a maioria das narrativas, à excepção feita à de Sintra, é indutor de uma parte substancial do percurso a ser desenvolvido.

Neste contexto, é interessante constatar que, em relação à sua experiência no domínio da gestão da escola, predomina a percepção de que as colegas professoras reconhecem competências acrescidas, promovem o acesso e a manutenção do exercício desses cargos por elementos do sexo masculino:

Além do mais, são homens, têm estilo, damos-lhes as oportunidades de mão beijada, porque que eles ficam lá muito bem, assenta-lhes que nem uma luva. Só quando eles manifestam indisponibilidade para os cargos é que o espaço está livre para entrarmos e, então, temos mais experiências nessas áreas, porque de contrário contam-se pelos dedos. Nos últimos anos, das três pessoas que ocuparam lugares de gestão, dois eram homens e saíram porque quiseram. Enquanto lá estão e não expressam vontade em sair, são reeleitos sistematicamente (HV7).

Convoca o reforço positivo que sempre procurou dar aos colegas no exercício dessas funções, mas sem que o inverso se tenha alguma vez verificado:

Lembro-me de dar montanhas de elogios aos colegas homens quando estavam na gestão, mas não me lembro de nenhum me dar a mim (HV7).

Admite que o fascínio perante o invulgar possa ter estes efeitos:

Talvez, porque continuamos a ser uma profissão maioritariamente feminina e, portanto, ficamos fascinadas, quando aparecem homens. São casos tão raros, tão bonitos, que até o nosso olhar se esbate e as coisas são mais apaziguadas (HV7).

Portanto, o trabalho em equipas mistas emerge como o outro termo de uma equação desejável:

Se me perguntarem se noto mais capacidades nos homens do que nas mulheres, não tenho estudos científicos, mas sinto que gosto de trabalhar com eles e que me proporcionam equilíbrio. Através da diversidade de género, podem-se formar equipas muito boas. Não gosto de trabalhar só com mulheres, quando tenho homens no meio, a “coisa” sai mais equilibrada. (...) Não sei explicar. Só sei que funciona muito bem quando estou a trabalhar num seio misto. Mas sentir-me-ia profundamente embaraçada, por outras palavras, muito mal a trabalhar num grupo exclusivamente masculino. Ai, podem também estar presentes outras questões ligadas à educação (HV7).

Estas posições são consentâneas com as referenciadas por Virgínia Ferreira (2003: 152-3) tendo por base estudos sobre a inserção de homens e mulheres em

profissões tipificadas como adequadas ao sexo oposto. Quando os homens se inscrevem em profissões tipificadas como femininas, “como a enfermagem, nega-se que haja diferenças no *modus faciendi* masculino e feminino, entende-se que realizam tarefas tão bem como as mulheres e que até enriquecem o seu desempenho com características próprias da sua categoria sexual (...) [o]u seja, os homens trazem sempre uma mais valia”. As mulheres inscritas em profissões conotadas com o masculino são tidas, pela generalidade dos colegas, como pouco femininas, porque são solitárias e ambiciosas e não têm ou negligenciam a família.

Em suma, embora as discriminações das enfermeiras permanecem tanto ao nível das práticas como dos discursos, as atenções tendem a voltar-se para a ameaça à masculinidade dominante¹⁸¹, desafiando profundamente a re/orientação da formação em enfermagem em direcção a novos sentidos de cidadania. Interpelar as relações de opressão e subordinação implica compreender que elas foram historicamente construídas envolvendo os corpos.

2. CONTROLE DOS CORPOS E DAS SEXUALIDADES

A formação em enfermagem, enquanto preparação para um trabalho de mulheres, foi profundamente condicionada pelo dualismo corpo-mente que perpassou o pensamento ocidental, decompondo a experiência humana em reino corporal e reino espiritual (Bordo, in Davis, 1997). O corpo feminino tipificado com o pólo “natureza” representa a emocionalidade, a irracionalidade, a sensualidade. O corpo de mulher é um corpo de excessos, de paixões, perigoso, apetitoso, dificilmente controlável pelas emoções, em oposição à vontade masculina, dominadora, ao locus de poder social, da razão e do auto-controle (Davis, 1997). É sempre um ‘outro’, nebuloso, misterioso, desregulado, descontrolado, uma ameaça eminente ao desafio da ordem patriarcal estabelecida. Representava, assim, tudo o que precisava de ser controlado “pelos «dizedores» de cultura” (Joaquim, 1983: 33) e ‘produtores’ de leis que regem as sociedades.

O corpo feminino é objecto de controlo e dominação, mas também de práticas subversivas das mulheres, e de lutas pelo empoderamento e autonomização dos sujeitos.

¹⁸¹ De acordo com Connell (1995), não é suficiente reconhecer a diversidade nas masculinidades. Importa reconhecer também as relações entre os tipos diferentes tipos de masculinidades, isto é, de aliança, de dominação e de subordinação.

Foucault (2002) foi um dos autores que desafiou esse dualismo cartesiano, postulando o corpo como objecto central através do qual as relações de poder são simultaneamente re/construídas e resistidas. Na sua forte oposição ao humanismo, transferiu a centralidade na noção de sujeito auto-consciente pela inquietação sobre a forma como os nossos corpos foram e são violentamente construídos e “moldados” por diversas pressões históricas, políticas e regimes de verdade e de poder. As suas obras *Vigiar e Punir* (2002) e *História da Sexualidade* (1994) dão um contributo inestimável para a compreensão do corpo como objecto de disciplinação e normalização, e da articulação do poder como conhecimento, com a sexualidade e com a subjectividade.

Várias feministas tem teorizado sobre o corpo, partindo quer de abordagens do corpo ‘normalizado e disciplinado’, na linha foucaultiana, quer do ‘corpo vivido’, na esteira de Merleau-Ponty, numa perspectiva fenomenológica, quer sob a articulação destas ou de outras orientações conceptuais, visando a desconstrução de discursos e/ou a subversão de práticas e poderes (Young, 2003b; Carson, 2001; Davis, 1997; ver também Fonseca, 2007; Magalhães, 2005; Ferreira, 2003; Joaquim, 2003; Pinto, 2006).

Partindo da articulação das duas primeiras perspectivas enunciadas, fazem-se emergir, por um lado, as formas pelas quais as escolas e os serviços de saúde têm tentado modelar os corpos e as identidades genderizadas das enfermeiras, no sentido de as transformar numa “comunidade infigurável” (Joaquim, 2006: 15) e, por outro, na medida do possível, compreender as experiências de incorporação das nossas narradoras.

Assim, as percepções em torno do controlo e regulação dos corpos, os apelidos, o uniforme e a aparência e as implicações dos corpos renegados no cuidar em enfermagem constituem dimensões tratadas.

2.1. Vigilância dos corpos e das sexualidades: alguns resquícios do passado?

O controlo e regulação dos corpos permeia toda a formação ao longo dos tempos. Assim, durante a vigência salazarista, o controlo dos corpos e das expressões das sexualidades inscreviam-se na formação integral, investindo-se de forma precisa e contínua na construção do sentido fusional mulher-enfermeira, com os lares a assumirem um papel estruturante. Umas simples meias na “moda”, quais

adornos de corpos enlouquecidos de paixão, desatinados e desgovernados, eram razão para que alunas fossem chamadas “à pedra”. Parafraseando Correia Santos, tratava-se de tempos que só eram das ‘futuras enfermeiras’ sob autorização:

Portanto, eram condutas mesmo muito acentuadas e quando se fugia a alguma regra, mesmo às mais básicas, como no vestir éramos, logo chamadas atenção.

A bainha das saias tinha que ser abaixo do joelho, tudo tinha que seguir a norma. Na altura, estavam na moda as meias às riscas, pelo joelho, lembro-me da monitora de serviço me chamar a atenção por isso. Podiam chamar-nos à mesa delas, para criticarem a forma como vestíamos, num horário que, no fundo, só era nosso com autorização (HV5).

As ‘aspirantes’ a enfermeira eram, desde logo, bem treinadas no sentido de perceberem que não lhes era concedido nem sequer o ‘direito’ das outras mulheres em “retirar os espartilhos” na arena privada, pois, a formação em enfermagem passou pela intercepção no seu máximo potencial do privado e o público, para reforçar a sua opressão e exploração no espaço público. As questões do corpo cruzaram-se com as distinções entre o público e privado, sendo que “na arena pública é onde o corpo é ocultado ou idealizado e onde os movimentos ou expressões corporais são mantidas sob controlo” (Morgan, 1996: 118), relaxando no privado (ibidem). Na enfermagem, esse espaço era preferencialmente reduzido. Importa lembrar, aqui, que, tendo o internato constituído uma recomendação jurídico-normativa, houve escolas que optaram pela sua obrigatoriedade (Salgueiro, 2004).

Portanto, o comportamento aparente era condição determinante de sucesso:

Muitas alunas de enfermagem foram chumbadas ou passadas, não pelas suas aprendizagens, mas pela forma como souberam ou não lidar com o “faz de conta” (HV4).

Não eram os conhecimentos que estavam na primeira linha de critérios de avaliação, mas sim “as normas comportamentais da respeitabilidade” (Young, 1990: 137) que conformaram a moralidade burguesa do século XIX, retomadas e reforçadas pelo regime. A respeitabilidade consiste em formar-se e conformar-se através de normas que reprimem a sexualidade, as funções corporais e a expressão de sentimentos e emoções. Está associada a uma noção de ordem em que: “a pessoa respeitável é pura, modesta, não manifesta desejos sensuais, paixão, espontaneidade ou exuberância; é simples, limpa, gentil e bem-educada” (ibidem). Eram estes princípios que conformavam a vida pessoal e profissional da comunidade educativa e das enfermeiras:

Sabíamos quais eram os valores incutidos pelo Estado Novo: a submissão e o livre arbítrio do poder.(...). No comportamento era preciso parecer, não era ser! Era a imagem, a virgindade, a pureza, como se fossem santas. Como se isso fosse a pureza e tivesse algo a ver com conhecimentos. Interferiam profundamente na vida privada de alunas, monitoras, empregadas (HV).

Constituem medidas que decorrem do que Íris Young (1990:123-4) designa de "imperialismo cultural", consistindo este no facto de um grupo ser invisível e, simultaneamente, ser marcado e estereotipado. Como teremos oportunidade de ver no capítulo VII, desenvolveu algumas estratégias de oposição ao grupo eivado de imperialismo que fazia prevalecer os seus valores, as suas experiências e as suas "verdades" como universais e como norma. Eles não precisaram de reparar no seu próprio grupo, consagram uma posição sem marca, neutra e aparentemente universal. O neutro invisibiliza os/as 'Outros/as'. O silenciamento era o processo da sua inclusão nas instituições. As vítimas do imperialismo cultural, neste caso, a comunidade escolar feminina de enfermeiras era, desta forma, tornada invisível como súbdita, marcadas como pessoas com diferentes vivências e experiências de grupo específico.

Algumas mudanças foram sendo operadas. Dali traz-nos uma outra perspectiva que vivenciou como aluna. Os jogos de sedução, de sensualidade e de prazer, em suma, o uso do corpo, foram experimentados e vividos sem que tenha sentido repressão:

Na época, pintávamo-nos, ajeitávamos as sobancelhas, fazíamos a depilação nos intervalos, falávamos, levávamos os namorados e dávamos beijocas. Fazíamos aquelas coisas todas de beleza feminina, de atracção e de sedução para o namoro. A escola lidava com isso lindamente. A nossa sexualidade pairava em tudo quanto era sítio. Nunca senti repressão (HV7).

Contudo, apoiada na investigação que tem efectuado, defende que se regrediu:

Hoje, é uma queixa presente nas escolas todas, como comprova o estudo que fiz (HV7).

Nas suas palavras, são sobretudo as professoras que mais controlam os corpos de rapazes e raparigas:

Ainda pensámos que isso tem influência no comportamento do profissional e naquilo que os doentes vão percepcionar e ajuizar de nós! No estudo que realizei e agora prossigo, as questões da aparência física reafirmam-se. Surgem imensas queixas, quer por parte dos rapazes, quer das raparigas. Exige-se aos homens, e são sobretudo mulheres que o fazem, que tenham a barba feita e o cabelo cortado, e não preso (HV7).

Talvez porque também tenham sido elas (nós) as mais vigiadas e controladas. A construção das suas matrizes de conhecimento e da percepção dos corpos dos/as 'Outros/as' não foi, concerteza, alheia às apreensões que fizeram a partir

dos corpos vividos. De facto, isto provoca uma “circularidade terrível das relações de dominação simbólica” (Bourdieu, 1996: 31).

Na esteira de Young (1990), que se apoia na teoria de subjectividade de três-níveis de Anthony Giddens, consideram-se propósitos e reacções inconscientes que ocorrem nos níveis de ‘consciência prática’ e ‘sistema de segurança’. Distinguindo culpa de responsabilidade, a investigadora defende que as pessoas e instituições podem e devem ser responsabilizadas por comportamentos inconscientes e não propositados, por acções ou atitudes que contribuam para a opressão. Culpa, sendo um conceito retrógrado que implica castigo, está fora de causa.

Tal como também Lima (2003) refere, os/as alunos/as sentem e verbalizam a dor e a revolta inerente à vigilância, ao controle, à regulação dos corpos e de identidades, no estrito sentido dos termos, ou seja, não sentem que estejam minimamente relacionados com a qualidade da intervenção em enfermagem, nem com a segurança, nem com a gestão do risco institucional:

Os alunos compreendem todas as medidas relacionadas com o controle de risco de infecção mas, em grande parte das situações, não é disto que se trata.

(...) Há dias a expressão de uma aluna marcou-me:

- “Gosto tanto de pôr o meu risco nos olhos e não posso, porque sei que as professoras não gostam. É como se obrigassem a fechar, num cacifo a sete chaves, a nossa identidade pessoal. Tudo se transforma! Como é que o uso de um gancho cor-de-rosa, por exemplo, se relaciona com as competências preconizadas para o estágio? Digam-nos, são estas questões que aumentam o risco de infecção hospitalar ou comprometem a segurança no trabalho? Estão em causa algumas competências para o exercício profissional?”.

Sentem na pele que a escola quer dominar totalmente o corpo, a aparência, retirando-lhes a identidade própria, embora nada disto colida com as competências para o exercício profissional (HV7).

Pese embora transformações tenham sido enunciadas, reportadas ao período pós vinte cinco de Abril, de acordo com esta narradora, o controlo tem vindo a ser retomado, ainda que sob formas diferentes. Entretanto, escolas e contextos de trabalho irradiam mensagens contraditórias¹⁸², que a narradora explica com base na herança profissional:

Para agravar a situação, constata-se que algumas enfermeiras da prática parecem autênticas “árvores de Natal”. Continua a haver um peso muito grande da nossa herança cultural, em termos de educação, do que é ser enfermeiro ou enfermeira (HV7).

As experiências narradas, inscritas nas duas últimas fases, têm em comum o não se estibarem em princípios que visassem a melhoria da intervenção em

¹⁸² Que não cabe aqui problematizar. Porém, importa que a segurança dos/as cidadãos/ãs, quer como profissionais, quer como utentes/doentes, estejam asseguradas.

enfermagem nem o desenvolvimento do potencial dos/as alunos/as. A apreender pelos discursos, durante a vigência do regime, havia um controlo relativamente explícito das sexualidades na esfera pública e na privada. Na actualidade, tais contornos não teriam cobertura jurídica nem social, assumindo formas mais disfarçadas, nomeadamente através da regulação da 'produção' dos corpos, persistindo a opressão.

O controle e a regulação dos corpos também passaram pelas formas, sentidos e significados com que os uniformes foram impostos e usados, conformando a construção das identidades genderizadas mediadas por diversas categorias sociais.

2.2. Uniforme e aparência: “irmãs de caridade”, hierarquia, identidade profissional e competência

O uniforme foi associado a diversos aspectos: à imagem religiosa que se pretendia fazer passar, como expressão simbólica das hierarquias profissionais, assim como de identidade e competência hierárquica.

Assim, para que o exterior não tivesse dúvidas e as alunas o interiorizassem bem, fardadas a rigor ao estilo de “irmãs de caridade”, Maria Diogo e as colegas, em finais dos anos quarenta, percorriam o espaço entre o lar e hospital:

saíamos fardadas, os sapatos eram de borracha, púnhamos a capa e um lenço [na cabeça]. Parecíamos as “irmãs da caridade” (HV2).

Como referimos, o uniforme traduzia também uma hierarquia interna, permitindo diferenciar auxiliares de enfermagem e enfermeiras:

as enfermeiras, habilitadas com o Curso de Enfermagem Geral, usavam uma bata, tecido semelhante à seda, azul forte, muito bonito, quepe, avental e eram tratadas pelos apelidos. As auxiliares de enfermagem usavam uma farda que parecia de riscado, branca com risquinhos cor-de-rosa ou lilás (HV2).

Tudo era diferente, nomeadamente a qualidade dos tecidos. Lembramos, aqui, a referência de Maria Diogo ao não reconhecimento do CGE, por parte do IPO, traduzido também no uniforme. Deste modo, o uso dos uniformes pautava-se pelos princípios e ideologias de hierarquização sociais, remetidos aos espaços institucionais. Para além das questões profissionais, as pessoas deveriam vestir de acordo com as suas posições sociais (Martins, 1999). Tratava-se da aparência corporal estandardizada, sinalizando a categoria profissional, sob tentativa cerrada de anular as identidades pessoais. Por esse mecanismo, diluíam-se as

diferenças no seio da própria categoria, alimentando-se a distinção entre categorias profissionais e “elites” (Ribeiro, 2003).

A enfermeira Dali que, em relação ao uso dos corpos, na escola, não sentiu pressões, quando se tratava de usar o uniforme, a questão já tomava outros contornos. A directora assegurava-se, entre outras coisas, que as saias e aventais tivessem comprimentos “decentes”:

Éramos colocadas todas em fila, disciplinadas, num modelo totalmente tradicional, e a directora, tal como uma preceptora, media o uniforme a palmo, de cima a baixo, quase punha a mão no joelho e dizia:
- Deite a bainha abaixo! Deite a bainha abaixo! (HV7)

Com uniforme, as alunas “eram escola”. Implicava a “obrigação de manter um comportamento condigno, respeitoso e apropriado, em todos os espaços e momentos. Trata-se de proposições, imposições e proibições que veiculam sentidos, tinham “«efeitos de verdade», constitu[indo] parte significativa das histórias pessoais” (Louro, 1999: 21). Assim, na vida profissional, continuou a ser rigorosa no uso do uniforme, em relação a si e aos outros. Era motivo de orgulho pessoal e símbolo de competência:

Era um símbolo de orgulho! Nós orgulhávamo-nos!
Toda a gente parava para nos ver vestidas com o uniforme. Do nosso penteado, nem uma franjinha caía para a frente, o quepe no sítio, preso com os ganchinhos branquinhos. Não eram castanhos, eram branquinhos. Tais eram o brio e o apumo! O orgulho no vestuário simbolizava o orgulho em nós próprias e na qualidade.
Mesmo em cargos que ocupei, como o de substituição da chefe, era muito exigente com a aparência física: era a brancura da roupa que devia estar bem passada a ferro e o cabelo bem preso. Acho que ia para além das questões da apresentação e higiene. Era realmente o símbolo da identidade da profissão, que eu defendia com “unhas e dentes” (HV7).

O mais absoluto rigor no uso do uniforme, qual último reduto de uma guerra profissional interna, permitia fazer a diferença:

Era como se olhássemos para uma pessoa e se a víssemos mais abandonhada pensássemos: “És má enfermeira”. E pelo contrário, se tivesse uma apresentação inquestionável e aprumada, pensássemos: “Esta, sim. Esta é da nova geração de enfermeiros”. Sentia que o Curso Geral se demarcava relativamente ao Curso de Auxiliares de Enfermagem (HV7).

Só mais tarde, no mestrado, é que Dali compreendeu a força que o uniforme (e não só) teve na re/construção contínua da profissão no feminino:

(...) realmente, fiz estudos avançados e comecei a perceber que significaria a pureza, a virgindade, a dedicação da mulher, o altruísmo, a submissão. Aí, comecei a pensar na força que um uniforme tinha numa profissão (HV7).

Não sendo panaceia, o acesso lutado a vários níveis de ensino, pelo aprofundamento de saberes e conhecimentos em áreas disciplinares diversas e pela partilha entre pares de formações diferenciadas, contribui, entre outras, para

a interpelação de regimes de poder e de verdade, como as narradoras descrevem com fluidez e transparência.

2.3. Apelidos: dessexualização abrupta, diferenciação sócio-profissional e paradoxos

A utilização dos apelidos expressam uma outra estratégia integrante da formação em enfermagem entendida, pelas nossas narradoras, como dessexualização contígua à entrada na escola e como diferenciação sócio-profissional.

Sob emoções conflituantes despertadas pelo “saco de ganga azul” como símbolo da condição social e do conforto conferido pela posse de habilitações académicas acima da média, Correia Santos confrontava-se com a exigência da alteração, de parte da sua identidade, num tom que não deixava margem para dúvidas e, por inerência, com um turbilhão de emoções desconcertantes. Sentiu o campo dos afectos e da sua identidade feminina em risco, no acto imediato da sua entrada:

Logo à entrada da escola, encontrei duas senhoras, só mais tarde, soube que eram a directora da escola e um dos membros do Conselho de Administração. Na altura, a escola era tutelada por um órgão constituído pelo Administrador do Hospital, que presidia, pela enfermeira directora do hospital, não sei se à altura, se chamaria assim, e pela monitora chefe. Perguntaram o nome e eu lá disse:

- Ana.

Responderam-me de imediato:

- Ana's e Marias há muitas. A partir de agora, a senhora passa a ser Correia Santos.

O tom de voz era determinante e categórico. Estremeci! Tinha à época, dezasseis anos, era uma menina, uma jovem. Ser tratada por “senhora”, pelo sobrenome Correia Santos, e com a rigidez com que tudo me foi dito, chocou-me imenso. Até aqui, o meu nome era Ana e todos me chamavam de Anita ou Ana, mesmo os meus professores da primária e do liceu. Se se omitisse o artigo definido não se sabia se era um rapaz ou uma rapariga! (HV5)

Tratava-se, na voz de algumas biografadas, de invisibilizar dimensões associadas a mulheres, nomeadamente afectos e nomes próprios. Em certa medida, expressava-se a confirmação e reiteração que o público é regido por leis masculinas. E numa profissão de mulheres, marcadas pelos seus próprios corpos a trabalhar com corpos, havia que assegurar, por todos os meios, o estrangulamento das feminilidades.

Tudo decorria em estreita conjugação entre a escola e hospital como futuro local de trabalho, sob vigilância ou sob o gaze da visão, conforme se siga Foucault (2002) ou Morgan, (1997) das hierarquias máximas de enfermagem das duas instituições.

A identificação das enfermeiras pelo apelido também foi interpretada como

estratégias de diferenciação de classe social, associada à ETE:

É como a identificação das enfermeiras da ETE, pelo apelido. Os apelidos são a marca evidente da diferenciação social (HV6).

No entanto, para outras, como Beatriz Corrêa (2002: 168), ex-directora da ETE, “a utilização do **apelido**¹⁸³ constituía a reacção natural a um «distanciamento» desejado, impedindo o recurso ao nome próprio, ao diminutivo, à familiaridade. Também se apelidavam os médicos e outros profissionais. Era, pode dizer-se, uma forma de profissionalização” (sic). Por mimetismo, ignorava-se que as regras que regiam a Polis, eram (e são) escritas por e no masculino. Assim, a profissionalização parecia estar mais associada à invisibilização de tudo o que fosse relativo à categoria ‘mulher’, do que ao exercício profissional onde se desenvolviam esforços para construir um quadro ideológico e conceptual próprio, bem como um código ético-deontológico, adquirindo e consolidando o seu estatuto através do desenvolvimento constante de saberes científicos e práticos (Nóvoa, 1986). De facto, “[a] face da humanidade tem sido a face do homem (...) e tem de ter outra forma, outros gestos (...) [uma] não-genderizada” (Haraway, 1994: 86).

A mobilização da lógica da ETE, em relação ao uso dos apelidos, para outros contextos institucionais, mas com pessoal maioritariamente de origem social distinta, deu azo a uma panóplia de situações, que paradoxalmente se afastaram dos propósitos iniciais, como Maria Aurora Silva salientou:

Esta lógica foi, depois, transportada para o Hospital Santa Maria, onde os enfermeiros eram designados pelo apelido e os auxiliares pelo nome próprio. O transporte disto, para uma população que nada tinha a ver com aquela, deu origem a resultados muito curiosos. Ora, os auxiliares decidiram usar o nome e o apelido. São dinâmicas sociais que, ninguém pensa à partida, mas que funcionam contrariamente à vontade de quem as impõe. Nos Hospitais Cívicos, utilizavam o apelido para os homens e nunca para as mulheres, à excepção das superintendentes, que associavam o último apelido ao nome. Nem sabíamos os nomes próprios deles (HV6).

Desconhecendo o estatuto comparativo dos/as enfermeiros/as dos HCL, não deixa de ser curioso que eles tenham adoptado a mesma estratégia que a ETE, portanto, em aproximação às mesmas, e as enfermeiras, à excepção das superintendentes, fossem designadas pelo nome próprio. Trata-se, provavelmente, de mais uma das situações em que relações de poder associadas ao género se evidenciam. Relações que se tomam nas diferenças dos corpos de quem cuida e ressoam nos corpos cuidados.

¹⁸³ Sublinhado da autora.

2.4. Dos corpos renegados aos corpos tratados

A força das socializações, indutora da renegação dos corpos das enfermeiras, não se restringia a si mesma, desaguando na negação dos corpos sexuais dos doentes, traduzindo-se em experiências pessoais e pedagógicas de uma violência simbólica incontornável:

Agora veja-se, sendo o nosso “objecto” de trabalho o corpo, ver o pé, o pénis, ou outra parte do corpo, é a mesma coisa, mas para as pessoas que viviam num mundo fechado, era complicado. Foi profundamente violenta e teve repercussões na relação pedagógica esta visão do Estado Novo (HV4).

Reavivada a memória, extravasam algumas imagens do vivido com colegas:

Ainda me lembro, de uma colega estar no serviço de cirurgia, do IPO, e ter um doente com uma neoplasia do pénis. Estava a fazer as notas [de enfermagem] quando a Enf.^a Salgueiro lhe perguntou se os testículos eram normais. Virou-se para mim e disse-me:

- Sei lá se são normais. Nunca vi outros!

Fomos as duas observar e tinha, de facto, um prolapso. Por pudor, respeito ao doente e a ela própria, nem os tinha observado (HV4).

Valia a sororidade, para se ultrapassarem os pudores veiculados pelos ideais da “respeitabilidade burguesa” (Young, 1990).

Após o reviver de experiências determinantes na construção de subjectividades genderizadas, impõe-se o equacionar de ressonâncias nas vidas dos/as enfermeiros/as.

3. “UMA HERANÇA HISTÓRICA PESADA DE MAIS”

As vozes poderosas de enfermeiras portuguesas, no desfiar do vivido, traçam, de forma alargada um conjunto de particularidades que ecoam nos quotidianos de vida de enfermeiros/as, em resultado de uma profissão que foi e é, construída com base em diferenças, de valor desigual. Tendo algumas narradoras assumido a sua condição de privilegiadas, não hesitaram em considerar o “peso” do género sobre o colectivo de enfermeiras. A necessidade constante de evidenciar resultados, a ‘imputação’ de responsabilidades na gestão de processos de saúde/doença, não só dos familiares como de amigos, conformam algumas das dimensões convocadas.

A herança religiosa foi de tal modo incisiva e penetrante, constituindo-se um constrangimento duradouro à autonomização dos sujeitos e emancipação profissional. Assim, a confluência de vários factores reflectiu-se no despontar tardio e envergonhado da produção e divulgação científica, da participação na tomada de decisão organizacional e na vida política. Para além dos enfermeiros

terem uma participação mais visível, ainda que em maioria, as enfermeiras, de um modo geral, silenciam as suas intervenções e invisibilizam a sua participação. Contudo, a sororidade foi algo destacado, evidenciada sobretudo em momentos de crise. Por fim, as narradoras fazem uma apreciação em relação à formação, muito consubstanciada aos processos de base e aos quotidianos de trabalho, denunciando contornos de crise instalada, com retrocesso em várias dimensões, apontando o potencial emancipatório de diversas formações substancialmente conformadas nas ciências sociais e humanas.

3.1. As desigualdades de género e a construção social das subjectividades de enfermeiras

As posições expressas em torno das desigualdades de género a que as enfermeiras estiveram e estão sujeitas oscilaram entre o mais absoluto alheamento e a sua assumpção como um fenómeno transversal à sociedade e a sua acentuação no grupo das enfermeiras.

Assim, as narradoras integradas na primeira fase do estudo, na década de quarenta, não fizeram qualquer alusão às desigualdades e/ou discriminações de género, nem em relação a si próprias, nem ao colectivo.

As restantes enfermeiras Sintra, Correia Santos, Maria Aurora Silva e Dali foram absolutamente unânimes, dando relevância substancial às repercussões, em termos do colectivo de enfermeiras, embora em termos pessoais, as duas primeiras inscrevam as suas experiência sob contornos de alguma excepção, por razões diferenciadas que retomaremos no capítulo VII. Ora como activistas feministas, ora afastando-se destes movimentos, tomam por adquirido os esforços imposto às enfermeiras no exercício de diferentes dimensões da cidadania:

Nunca fui grande aliada das teorias e práticas dos movimentos feministas, apesar de, no plano da análise, integrar as desigualdades de oportunidades que as questões de género provocam e de ter consciência que, no contexto das organizações, tais desigualdades conduzem a que às mulheres seja exigido maior dispêndio de energias para um desempenho igual ao dos homens e que, para ser reconhecida, foi sempre necessário comprovar, ou seja, há necessidade de produzir resultados visíveis (HV6).

A necessidade sistemática de consubstanciar a sua acção através de resultados visíveis foi, e é, uma constante na vida das enfermeiras, condicionando, por vezes, a sua participação. Convocando a responsabilização (por vezes, atribuída) pela gestão de processos de saúde/doença não só de familiares como também de

amigos, directos e indirectos, Correia Santos expressou eloquentemente o peso agravado do género na vida das enfermeiras:

Reconheço que as questões de género possam ter pesado muito na vida da maior parte das enfermeiras (...) Depois, para além da gestão alimentar e da educação dos filhos (como ir à escola, organizar as actividades e falar com os professores), sendo enfermeira, acresce a gestão da saúde do marido, dos filhos e do resto da família. Atenção! Numa enfermeira, o género ainda se acentua mais estas dificuldades (HV5).

As discriminações têm repercussões sobre a vida das pessoas e sobre o desenvolvimento da polis. Prossegue-se, assim, continuando o desfiar das perspectivas das narradoras, ao que esse domínio se refere.

3.2. Da restrita participação pública à sua (in)visibilização

A falta de visibilidade da enfermagem, a invisibilização das próprias intervenções e a menor participação constituem as dimensões associadas ao pesado legado de uma formação construída no feminino. Entende-se por restrita participação pública o envolvimento directo nas tomadas de decisão inerente ao desenvolvimento da profissão, à vida das instituições sociais e de saúde, bem como na política, no sentido mais convencional do termo.

Os custos de uma formação que assentou na menorização do colectivo serial (Young, 2003), enfermeiras, ainda hoje, se fazem sentir na enfermagem e no desenvolvimento das pessoas:

A falta da visibilidade da enfermagem tem muito a ver com a imagem construída das mulheres, a trabalhar no privado, entenda-se, na casa, e o homem no público. Os papéis que nos davam, mesmo na vida política, situavam-se na área da educação e do social, ou seja, a continuação dos papéis de mulher e mãe. No fundo, não era mais do que a transferência dos papéis do mundo “privado”. Ainda agora, a enfermagem está a pagar por isso (HV4).

Tomando “uma herança pesada de mais”, consubstanciada, entre outras, pela influência religiosa nodal à formação em enfermagem, Correia Santos relata-nos algo que a impressionou profundamente, a dificuldade das enfermeiras em deslocarem-se sozinhas:

Uma das coisas que mais me impressionou, na minha vida, foi a tradição herdada das ordens religiosas. Freira não sai sozinha, sai acompanhada e as enfermeiras faziam a mesma coisa, iam, sempre, uma atrás da outra. Havia sempre um pedido: “podia deixar vir esta ou aquela colega comigo!” Ocorria isto em todo o lado, quer nos hospitais, quer nos centros de saúde. Era raríssimo ver uma enfermeira sozinha! Via-me a mim, porque isto me fazia impressão. Não digo que não seja mais agradável ir acompanhada, mas era uma herança histórica pesada de mais (HV5).

Como diz, quem não sai sozinha, dificilmente tem voz e se consegue autonomizar face ao mundo que a rodeia, um mundo pleno de adversidades:

Claro que estas questões se reflectiam no desenvolvimento e capacidade de intervenção das pessoas e, logicamente, da profissão. Uma mulher que não consegue sair só, é uma mulher que não consegue intervir sozinha (HV5).

Portanto, não participavam em reuniões intradisciplinares quanto mais multidisciplinares, enquanto os homens, mesmo em minoria, não perdiam a oportunidade de fazer sentir as suas presenças e as suas 'sentenças':

Outras das questões que me impressionava era a não participação das enfermeiras nas reuniões. Frequentemente, "entravam mudas e saíam caladas" e os homens falavam, sempre, mesmo estando em minoria. Para mim, esta era uma questão de fundo (HV5).

Era óptimo que os enfermeiros tivessem voz, mas a bem do grupo profissional e da saúde dos/as cidadãos/ãs, era muito melhor que todos/as a tivessem, promovendo o desenvolvimento mútuo, em termos individuais e colectivos. Mas a realidade era outra. Os serviços deparavam-se com situações precárias, o movimento de formação permanente remete-nos para os anos setenta, a formação formal estava centralizada bem como recursos mínimos necessários à auto e à hetero-formação específica no âmbito da enfermagem e da saúde, as acessibilidades reduzidas, as redes de apoio às famílias, praticamente, inexistentes, para além do vigor das relações familiares patriarcais e das 'guardiãs da moral' que fluíam das famílias por afinidade. A enfermeira Correia Santos conviveu de perto com o sofrimento de algumas enfermeiras que pretendiam prosseguir os seus desenvolvimentos, mas dificilmente reuniam condições mínimas. O ónus do trabalho doméstico e da família era delas:

Basta pensar que há uns anos atrás e não vão muitos, dificilmente iam fazer formação para além do Porto. Algumas nem para o Porto podiam ir. Vi mulheres, enfermeiras, com muitos problemas com os maridos, com grandes dificuldades em sair. Depois, também não existiam redes de suporte à família... (HV5)

Silenciadas e silenciando-se ao longo dos tempos, movendo-se numa esfera pública construída sob um esforço desmedido no sentido da maior coincidência com a esfera privada, continuam "voltadas para dentro". Deste modo, a produção científica, a divulgação, a participação na vida política e das organizações para além de ser incipiente, é invisibilizada pelas próprias enfermeiras:

As enfermeiras não aparecem, divulgam e publicam pouco. Até podem participar na vida política, mas não dão visibilidade à sua participação, e têm que o fazer. Têm que se afirmar, o que não aparece nos jornais, o que não é editado ou publicado, não existe (HV4).

De acordo Buresh e Gordon (2004: 45), as suas reacções advêm “de uma preocupação moral pela integridade da profissão e de um receio das consequências daquilo que consideram auto-enaltecimento”. Mantém-se, assim, a primazia da voz de agência no masculino, mesmo em situações em que não haja família organizada:

Constatei também que a participação cívica das mulheres nas organizações era menor do que a dos homens, mesmo numa profissão maioritariamente feminina. Transportamos o peso da história, voltamo-nos mais para dentro e não para fora, dando origem a uma menor participação, ou a uma participação por forma indirecta. Isto acontece, em minha opinião, mesmo com mulheres que não tenham família (HV6).

Como afirmam as autoras atrás referidas, “na actualidade, muitas enfermeiras parecem encurraladas entre o seu receio de auto-enaltecimento e a sua prática diária de auto-anulação. Conceptualizar e desenvolver a voz da agência constitui uma via para sair desse impasse” (ibidem: 46). É nessa medida que esta pesquisa dedica o próximo capítulo à agência destas enfermeiras, realçando-se as singularidades, tanto no domínio sócio-profissional como na esfera privada.

3.3. Do grupo à sororidade

O conceito de *sisterhood*, traduzido para português por sororidade¹⁸⁴, propõe que se ultrapassem diferenças que nos separam como o racismo, o imperialismo, as condições sócio-económicas, através do estabelecimento de alianças e de inter-ajudas, respeitando e promovendo um contexto de pluralidades (Morgan, 1970). Para o exercício pleno da cidadania de género plural, Ruth Lister (2002: 175) propõe a articulação de noções de “políticas da diferença” de Yeatman, de “política transversal” de Yuval-Davis, e de “solidariedade reflexiva” de Jodi Dean e a sua própria noção de “políticas de solidariedade na diferença”, sendo que cada uma destas perspectivas, “representa uma tentativa de articular a ideia de uma política que, num espírito de solidariedade face à opressão, vá de encontro e se organize em torno de redes e de grupos de diferenças, sem no entanto as suprimir” (ibidem).

Maria Aurora Silva realça a percepção de que, em momentos de crise, as alianças entre mulheres prevalecem mais facilmente que com homens, tão faladores e participativos, em outros momentos:

¹⁸⁴ Embora esta tradução seja alvo de alguma polémica entre investigadoras portuguesas (Magalhães, 2005, Ferreira, 2003).

Tenho percepção face ao meu vivido, ainda que não tenha feito qualquer estudo nesse âmbito, que sempre que as organizações vivem maiores dificuldades, por razões várias, são as mulheres que as aguentam. Sempre que as coisas estiveram mais complicadas, era mais fácil os homens “saltarem fora” do que as mulheres (HV6).

As narrativas estão atravessadas de situações em que a sororidade desempenha papel crucial, que se cruzam com as diversas dimensões interpretadas nos diferentes capítulos. As diligências efectuadas por Carvalho Martins (HV1) para que colegas obtivessem apoios financeiros para prosseguir as suas formações no estrangeiro quando, em Portugal, “não havia nada” (HV1) evidenciam-na. Da mesma forma, a ruptura com normas vigentes, admitindo ao serviço mães solteiras, a antecipação de exames para que alunas grávidas não fossem impedidas de acabar o curso e a criação de espaços e condições para acolher os bebés de alunas, enquanto estas frequentavam as aulas e não dispunham de qualquer rede social de apoio, por parte das enfermeiras Sintra e Correia Santos, integram uma breve síntese de algumas das diversas experiências e subjectividades das narradoras que explicitam sororidade.

3.4. A actualidade: entre a crise e o retrocesso, um esboçar de esperança

Como temos vindo a constatar através dos discursos, os percursos formativos, sobretudo no que se refere à formação de base, na actualidade, parece terem-se re/apropriado da sinuosidade e complexidade de outrora, salpicados, aqui ou ali, por alguns sinais de esperança. Importa realçar o consenso gerado em torno da necessária correspondência entre a qualidade dos cuidados de enfermagem e formação acrescida, diferenciada e de nível superior que possuímos. O grande enfoque foi colocado na formação de base.

Neste contexto, Maria Francisca Soares foi bastante contundente afirmando que:

O actual modelo de formação está completamente esgotado (HV3).

A proliferação descoordenada do ensino privado, sem que haja monitorização da qualidade dos processos formativos, irrompe como um factor altamente complexo e ameaçador do desenvolvimento profissional:

deixaram abrir escolas privadas que ninguém sabe quem controla, acompanha e orienta os alunos em estágio. Ninguém sabe! Tenho receio da qualificação dos enfermeiros e dos cuidados que prestam. Não tenho medo da palavra controle. Quem controla os processos formativos? Quem supervisiona? (HV4)

A ênfase economicista que está a ser colocada no ensino privado de enfermagem assume contornos entre a denúncia e a revolta:

Outro dia, fui a uma sessão solene e sentei-me no local que me estava destinado. A meu lado, ficou uma enfermeira de uma escola privada com quem, naturalmente, falei. Perguntei-lhe pelos resultados e respondeu-me:

- Isso é com a enfermeira do hospital.

- A enfermeira do hospital é a responsável? - Dizia-lhe eu.

-É. Eu passo pelos estágios.

- Passa pelos estágios? Porquê? São muitos alunos?

Claro, tem muitos alunos, mais ganham. O mais importante é ganhar bem, e não tanto formar bem. As enfermeiras das escolas andam nos hospitais, mas não fazem nada. Quem autoriza as escolas privadas, autoriza muito mal (HV3).

Para pessoas que lutaram pela melhoria da qualidade dos processos formativos, nomeadamente pela re/valorização do ensino prático, que contribuíram para a construção e consolidação profissional com base em grande rigor técnico-científico, deparar-se, agora, novamente, com problemas da índole dos anteriores é natural que, no mínimo, se indignem. O critério economicista parece recrudescer, com a corroboração de alguns/as enfermeiros/as que não pensaram ou (pensam) que estão a contribuir socialmente para o rápido desempossamento do colectivo, onde eles/as próprios estão incluídos/as (Apple, 2001). Agir assim, é estar cegamente ao serviço do capitalismo e do neo-liberalismo. É também entrar num sistema que ignora os direitos dos/as cidadãos/ãs em matéria de saúde, sobretudo dos mais desfavorecidos, que dificilmente disporão de possibilidades para pagar serviços de qualidade.

Deste modo, convocaram-se fragilidades peculiares de um passado que teima em persistir, por vezes, sob formas renovadas. Assim, de acordo com a enfermeira Correia Santos, continuaram a abrir-se escolas por pressões dos munícipes, em analogia com as políticas adoptadas na década de setenta:

A abertura de escolas privadas sem qualquer critério ou, novamente, por pressões dos munícipes (HV5).

Como se estas inquietações não bastassem, outra gira indissolivelmente em torno dos modelos de formação. A subvalorização do ensino prático, a prevalência do modo de trabalho do tipo transmissivo de orientação normativa e o preocupante retrocesso democrático conferem um tom incisivo e agreste às críticas apresentadas. Reafirmando-se a relevância do ensino teórico, problematiza-se a desvalorização da dimensão prática, consubstanciadas pelo distanciamento do/as professores/as face as ensinos clínicos e estágios, isto é, pelo reatamento do fosso das velhas dicotomias da modernidade, teoria/prática:

Cada vez se atende menos à prática de cuidados. Algumas escolas estão menos atentas à aprendizagem dos futuros enfermeiros, em estágio. Concerteza que são muito importantes as aulas, os exames e os seminários, mas é necessário que o enfermeiro, quando sai com o seu diploma, «saiba

ser» e «saiba fazer». Admito que saibam ser, mas é absolutamente necessário que saibam prestar cuidados de enfermagem. (...) Hoje, os enfermeiros das escolas, e há escolas que têm um grande corpo docente, vão aos campos de estágio, entregam os alunos e, no fim vão saber a avaliação. (...) Não há orientação, acompanhamento e supervisão [dos/as alunos/as] em estágio (HV2).

Trata-se da concepção e execução de cuidados em função das expectativas, necessidades e problemas dos/as cidadãos/ãs, das famílias e da comunidade. Tais exigências implicam um trabalho de flexibilidade sobre a praxis numa relação dialéctica teoria/prática. Embora a auto formação seja fundamental ao processo de aprendizagem, não é suficiente. O/a educador/a deve criar e dinamizar condições facilitadoras da descoberta do sentido de agir no cuidar. Portanto,

(...) é um drama, porque, na actualidade, ensinamos sem estarmos (HV6).

A situação só não atinge a precariedade do passado, porque os enfermeiros que estão na área da prestação de cuidados, na actualidade, têm uma formação inegavelmente superior:

Hoje, se os enfermeiros não saem tão mal [formados] como saíam há uns anos atrás, é porque temos melhores enfermeiros na prática (HV3).

Corroborando da opinião anterior, a enfermeira Sintra prosseguiu a problematização em torno da inexistência de contrapartidas económicas ou de tempo, para essa orientação:

Os enfermeiros que estão nos hospitais são bons profissionais. Alguns estão até a fazer os seus mestrados e doutoramentos, mas não estão com a função de ensinar. Quem lhes dá tempo para a orientação e supervisão? Quem lhes paga? (HV4)

De facto, quando a maioria dos serviços está funcionar com os ratios no limiar mínimo, nem sempre sendo compatíveis com dotações mínimas seguras, como podem os/as enfermeiros/as dispor de tempo necessário para orientação de percursos formativos que se pretendem estribados na reflexividade e no empoderamento?

Se olharmos, sem qualquer tentativa de extrapolação ou generalização, à percepção que duas das narradoras tiveram recentemente, na qualidade de elementos significativos para os/as doentes, a preocupação assume contornos substancialmente agravados:

Muito recentemente, tive uma amiga, enfermeira, internada nos cuidados intensivos. Logo que soube, fui imediatamente lá, mas o que vi fez-me tanta impressão! Claro que não lhe disse nada a ela. Penso que a enfermagem mudou de atitude, com perda a nível da relação com as pessoas. Isto não é nenhuma coisa caseira! (HV3)

Geram-se certezas em relação ao domínio técnico-científico, mas poucas no que se refere ao foro relacional:

No cuidar, antigamente, não havia computadores, nada disso, mas hoje perdeu-se um pouco da relação. Outro dia, uma pessoa que esteve internada dizia-me que, durante esse período, nenhuma enfermeira lhe deu “os bons dias”. A actuação do pessoal de enfermagem foi marcada por um rigor teórico e científico absoluto, mas nunca houve alguém que lhe desse os “bons dias” ou “boa noite, durma bem”, “até amanhã!” (....) É importante que o enfermeiro tenha tempo para ouvir, falar e estar com doentes. Temo um bocadinho que a enfermagem suba muito e se desvie daquele contacto com o doente, que é a razão de ser da profissão (HV1).

Haja o ‘bom senso’ de ouvirmos os/as cidadãos/ãs e, se for esse o caso, a sabedoria para desenvolvermos a voz de agência denunciando quer ao órgão regulador da profissão, quer publicamente a falta de condições mínimas ao exercício de cuidados de enfermagem com a qualidade a que todos/as temos direito.

Se a vertente prática do ensino levantou inúmeras dúvidas e interrogações, as questões colocadas em relação ao ensino teórico não foram, em absoluto, mais tranquilizadoras, havendo, contudo, excepções:

Emerge o Paradigma Escolar, totalmente, em conformidade com a apresentação que os teóricos fazem – escolarizado – com o professor por trás do computador, a ler os diapositivos. Dizem:

- Nós sabemos ler, para que é que eles estão a ler? Ainda por cima, não nos dão os diapositivos! Pelo menos, poderíamos tomar notas, mas a verdade é que também não acrescentam muito mais.

Salientam, de onde a onde, professores que, para eles, são modelos. No entanto, prevalece muito mais o modelo expositivo, em que eles são totalmente objectos da formação: passivos, a retirarem-se, um corpo ali presente e um espírito em sofrimento. Tenho dados. Estão completamente em sofrimento na sala de aula! Estão ansiosos com os trabalhos que têm para fazer, gostariam mais de fazer outras coisas e estão a perder o tempo ali, porque não estão a aprender absolutamente mais nada. O professor não se lhes dirige, nem para eles olha. E isto é actual. É no agora. É no hoje (HV7).

A sobrecarga avaliativa que parece superar a preocupação com a aprendizagem, o insuficiente acompanhamento dos processos de formação, na sua generalidade, e a apresentação de “normas” técnicas sob uma preocupação ténue no que se refere à compreensão e apropriação dos pressupostos conceptuais que lhe estão subjacentes, constituem dimensões trazidas por Correia Santos, de um quadro eminentemente problemático, sobretudo quando o percurso aponta para a necessidade imperiosa de formar profissionais, mais reflexivos, que se tornem agentes de mudança nos seus contextos de trabalho e de cidadania.

Não admira, pois, que os/as alunos/as sejam passivos e não participem das tomadas de decisões. As relações de poder que caracterizaram o modelo de formação dominante são de índole bipolar, estudantes e docentes com os primeiros/as a serem objectos e os/as segundos/as detentores/as de todo o saber e do 'direito' a decidir (Lesne, 1987). Por tudo isto, a enfermeira Dali expressa um sentimento de profundo retrocesso democrático:

(...) não se pode compreender a postura passiva que os alunos têm quando, no meu tempo, participávamos activamente nas decisões inerentes ao processo de formação. Na realidade, o que sentem é o poder no professor. Não estão habituados a partilhar e a terem participação activa. Sentem que há uma falsa democracia. Dizem-lhes:

-Vocês podem falar, podem dizer o que pensam, podem participar. Até são criticados se não o fizerem, mas depois, quando lhes é dada a oportunidade, o professor vence sempre. Nunca negoceia e nunca faz prevalecer a opinião do aluno. Neste sentido, e daquilo que é a minha história pessoal, há retrocesso e tenho alguns dados, que o evidenciam (HV7).

Em sua perspectiva, evidencia-se uma resistência bilateral, isto é, de alunos/as e de professores/as. Os primeiros porque não vivenciaram a lógica democratizante. Os segundos porque continuam sem conseguir fazer rupturas estruturantes com o passado:

Defendo uma educação ideológica, de respeito e de liberdade de pensamento, mas a escola, ainda, não entrou nesse paradigma: nem os professores, nem os alunos. Os alunos porque não têm história desta vivência, a educação não tem seguido essa lógica, e nós porque não fizemos ruptura com aquilo que é a nossa herança do passado (HV7).

Sintra alertou para o embevecimento de alguns/mas profissionais face ao estatuto adquirido quando, efectivamente, interessa que se faça reconhecido eco de tais desenvolvimentos no contexto da prática de cuidados:

Entretanto, acho que houve enfermeiras que se inebriaram com o estatuto inerente à licenciatura, mestrado e doutoramento e deixaram de ver as coisas com lucidez. Quando se consciencializarem disso, perceberão da necessidade de ser coerente e consequente nos actos, como base da afirmação do ensino e da profissão de enfermagem (HV4).

Constituem perspectivas que importa ter presente, na medida em que, simultaneamente, se assiste a uma relativa desqualificação da formação (Apple, 2001, Azevedo, 2000) e persistem concepções redutoras em torno da enfermagem:

Ainda hoje, há pessoas que questionam se a enfermagem deve ter mestrados, doutoramentos. Está em questão a noção da enfermagem. Estas coisas não se eliminam!

Na saúde, ainda há a noção de que quem determina é o médico. Temos portanto a ideia de pirâmide. Com as outras profissões da área da saúde, por exemplo, psicólogos, farmacêuticos, não há problemas porque não são interventores directos no processo de gestão e organização dos cuidados, o

que não é o caso. O facto de que médicos/as e enfermeiros/as têm que ambos assumir decisões propicia a questões como:

- Quem é que decide? Quem determina? (HV6)

Mais do que discussões em torno de velhos debates, mais uma vez, se impõe a agência:

Há fenómenos que mais do que fazer grandes discussões em torno deles, importa intervir face ao objectivo central (HV6).

E esta pode ser tanto ou mais potenciada, tendo por base a mensagem de esperança de Carvalho Martins:

Mas a enfermagem está no bom caminho. Temos o curso de licenciatura em enfermagem, mestrados e doutoramentos que estão ao nível de outros cursos ou até melhor. Integram disciplinas que ajudam mais ao desenvolvimento da personalidade do que muitos outros cursos (HV1).

Após o equacionar dos reflexos do passado, procede-se à revisão da abordagem efectuada.

4. BREVE REFLEXÃO FINAL

Revisitaram-se percursos de formação através dos quais o estado e as instituições formativas construíram 'a enfermeira' fazendo emergir os processos pelos quais se construíram as nossas narradoras. Assim, na primeira secção, abordaram-se as diferentes percepções em torno do feminino no âmbito dos contextos de formação. Na segunda, trazem-se as vozes, descortinando as técnicas que visaram marcar os corpos, diferenciando-as, negando-os e reprimindo-os, bem como as formas como as nossas narradoras as perceberam e experienciaram as suas encorporações. O balanço de uma pesada herança constitui o culminar deste capítulo.

A noção de que as concepções fixadas no 'feminino' atravessam a formação em enfermagem, conformando-a e delimitando-a é consensual e, praticamente, unânime. No entanto, as ressonâncias sobre as vidas e a profissão apontam para algumas transformações ocorridas ao longo dos tempos. Enquanto uma das narradoras inscritas na década de quarenta só indirectamente se refere à questão e as outras duas consideram o 'maternalismo' como uma qualidade relevante no e para o exercício da enfermagem, a par com o sacerdócio, as restantes consideram-no como fortemente confrangedor quer em termos de vidas pessoais quer para o desenvolvimento da profissão. Porém, resulta claro que a dimensão de género se interpenetra e conjuga com outras dimensões sociais, sobretudo

classe social e origem geográfica, mediando e conformando os sentidos de cidadania mitigada das enfermeiras.

No que se refere aos contextos de formação, foram realçadas as normas de organização de serviços e cuidados como factores de 'domesticização' dos cuidados de enfermagem, cujos reflexos ecoam nos horizontes das vidas pessoais e da profissão. Neste sentido, os contextos de formação perpassados por todas estas dimensões em intercepção, desaguaram na heterogeneidade de modelos que, embora orientados para a reprodução das desigualdades sociais, deram margem a pequenas, mas importantes transformações progressivamente difundidas. Da mesma forma, no âmbito de várias estruturas, à partida, inibitórias, como a vida nos lares, as bolsas de estudo, e foram-no sem dúvida, mas também se constituíram em espaços/tempos ou condições de autonomização dos sujeitos, de partilha, de cooperação, de convívio e de alguma oposição ao poder instituído. A naturalização da desvalorização económica da intervenção em enfermagem, a veiculação da subordinação e do espírito de sacrifício, através de práticas pedagógicas, nomeadamente das condições em que os exames eram efectuados, constituiu outra das dimensões em debate.

Ora, numa profissão em que se passou da preferência feminina explícita à igualdade jurídica, as entradas da 'masculinidade' passaram de uma fase de rejeição e troça, para uma outra não só de reconhecimento da sua relevância, como também de preocupação com as potenciais ameaças 'à masculinidade' face à inserção num meio, que se diz, ainda muito "feminino". A masculinidade, assim, foi tratada como uma categoria homogénea, independentemente de se contribuir, também por essa via, para a fragmentação de sujeitos e para a manutenção das condições de opressão.

A disciplinação dos corpos, consubstanciada por várias técnicas, foi alvo de investimentos fortes e explícitos, por parte das escolas, durante o regime salazarista. A vigilância de comportamentos e sexualidades, os uniformes e a aparência física, os apelidos e os reflexos do renegar de corpos de alunas e enfermeiras sobre o cuidar consubstanciado nos corpos tratados, foram perspectivas amplamente debatidas no âmbito da construção social da profissão no feminino.

Assim, o balanço deste legado fez brotar diversas implicações decorrentes das discriminações de género na vida das enfermeiras, a diminuta participação na

cidadania, a sua invisibilização, por parte das próprias enfermeiras, a sororidade, e a noção de que o ensino e a profissão de enfermagem se encontram num momento complexo e decisivo em termos de futuro.

Assim, no capítulo seguinte, procuraremos compreender e interpretar as formas pelas quais as biografadas desafiaram diferentes processos que visavam a sua construção como as “Outras”.

CAPÍTULO VII. DA AGÊNCIA DAS ENFERMEIRAS AOS DESAFIOS FUTUROS

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, apresenta-se a interpretação das formas como as narradoras confrontaram, desafiaram e ultrapassaram os diversos processos que visavam a construção da minoridade sócio-intelectual das enfermeiras e a sua inclusão na cidadania como subordinadas. Os constrangimentos colocados nas diversas áreas de actuação profissional (prestação de cuidados, gestão e docência) e na vida privada, por vezes, constituíram-se espaços e tempos onde se ergueram vozes contestatárias e se implementaram acções desafiadoras. Através deles, desenvolveu-se a agência em múltiplos contextos de vida.

Na esteira de Madaleine Arnot e Jo-Anne Dillabough (2002), pretende-se, para além das desconstruções discursivas, trazer à luz a intervenção intencional das narradoras enquanto actoras sociais na transformação dos contextos habitados. Neste sentido, à agência é conferido um cariz renovado de índole política (acção intencional), em articulação com diferentes dimensões da vida, assentando numa noção de político que as integra na sua globalidade. Afastando-nos do pós-estruturalismo mais extremo, não podemos ignorar o “potencial prático da visão da individualidade (selfhood) política que é nosso [de cada um/a dos/as cidadãos/ãs] encargo e responsabilidade ética, como membros de uma comunidade política no estado, ainda que essa comunidade possa ser fragmentada, múltipla ou contraditória” (ibidem: 24).

Imbuídas destes pressupostos, decidimos dar um espaço específico às vozes, algumas insubmissas, e ao agir das narradoras na transformação de contextos de submissão e opressão que atravessaram as diversas dimensões das suas vidas, por duas ordens de razão: por um lado, por se reconhecer a agência exercida por estas enfermeiras, nas esferas pública e privada da cidadania – trata-se, pois, de reconhecer a relevância da sua acção na construção de percursos colectivos emancipatórios e na transformação de condições que as subjugaram na vida privada; por outro, a determinação pessoal em não desperdiçar a mínima oportunidade conducente à ruptura com pressupostos que conformaram o “silêncio virtuoso” (Buresh e Gordon, 2004: 43) que cerceou e, na voz das

narradoras, ainda cerceia a profissão – constituindo uma forma de reforçar a oposição simultânea à invisibilidade das enfermeiras (e da enfermagem) e ao exercício de cidadanias sob reservas.

Assim, na primeira secção, explicitar-se-á a arena onde se joga de forma intercruzada a consciência, a estrutura, as margens, as percepções das narradoras e a agência. De seguida, procura-se fazer emergir as subjectividades e as agências nos diferentes domínios da cidadania. Seguem-se, os espaços e as vozes em torno dos desafios colocados à formação em enfermagem.

1. PROCURANDO CONTEXTUALIZAR A MARGEM DE AGÊNCIA

Falar da participação das narradoras nos processos de transformação dos contextos é também trazer ao centro do debate os constrangimentos em estreita relação com os diversos meios e tempos habitados bem como factos, considerados como “pontos de viragem” no emergir da agência.

Neste contexto, importa relembrar que todas as narradoras viveram parte, algumas grande parte, das suas vidas sob um regime ditatorial e patriarcal. Assim, num primeiro momento, procura-se interpretar a forma como perceberam (ou não) os condicionalismos inerentes à condição de serem mulheres. A partir de alguns constrangimentos sentidos, mobilizaram-se acções transformadoras que se trazem ao trabalho no ponto seguinte. Terminamos esta secção com um dos factos interessantes desta pesquisa que se prende com a associação de um espaço-momento concreto de formação com o despertar efectivo e intencional de empoderamento e agência, por parte da maioria das narradoras, sendo que este se inscreve fundamentalmente em formações de cariz académico-profissional.

1.1. Da sujeição de género percebida

Nas sociedades ocidentais, a forma como as mulheres têm sido percebidas e se percebem tem sido bastante perpassada pelos ideais liberais. A condição de *sujeitadas* nem sempre é percebida e/ou valorizada como tal. Neste trabalho, embora essa seja a situação significativa, também existem outras que evidenciaram consciência profunda, ainda que por vezes recente, da sua condição de serem a(s) “outra(s)”. As posições variaram entre a indiferença (HV1 e HV2), a não valorização (HV3) e o assumir de condição de sujeitadas e/ou de

discriminadas em termos de género, sob intensidades diferenciadas (HV4, HV5; HV6 e HV7).

Na primeira posição, algumas narradoras não expressam qualquer opinião, experiência ou ideia sobre este assunto. A esta ausência de referência, designámos indiferença. Na segunda posição, pelo discurso, emerge a não valorização:

Nas funções que exerci, não senti discriminação por ser mulher ou não dei muita importância a isso (...) Estive em diversos cargos em que a única enfermeira era eu. Ao princípio, custou-me um bocadinho, mas fui ultrapassando (HV3).

Importa lembrar que as três narradoras primeiramente referenciadas integram o grupo que viveu a sua formação inicial na década de quarenta (HV1, HV2 e HV3), sendo que duas delas (HV2 e HV3) consideraram a enfermagem como “uma profissão essencialmente feminina”.

Na terceira posição, o assumir da sujeição, a Enfermeira Correia Santos é, à semelhança da maioria das mulheres portuguesas, de carácter paradoxal. Se, por um lado, recusou as limitações de género na sua vida, contrariamente ao que admite ter acontecido com outras colegas, por outro, narrou diversos acontecimentos de índole sócio-familiar e laboral, relacionando-os com este domínio:

Apesar de alguns amuos do meu marido e de ter três filhos, não senti que as questões de género me limitassem. Em termos de carreira, normalmente, um dos elementos do casal abdica mais do que o outro. No meu caso, contei com a colaboração do meu marido.(...) Participei em imensas reuniões com o poder local, que acabavam às duas e três da madrugada. Como não conduzia, era o meu marido que me levava, mas, de regresso, era um dos cavalheiros que me trazia. Nunca tive problemas nisso, embora socialmente, uma ou outra pessoa me fizesse sentir a confusão que isto lhes fazia (HV5).

Ao confronto inicial com relações patriarcais no domínio organizacional e às condicionantes expressas em relação à sua participação, com ênfase na fase final da sua vida profissional, subjazem representações das enfermeiras estribadas em desigualdades, por serem consideradas inferiores, em termos de relações de género. Parece-nos, pois, que a narradora se centra sobretudo nos resultados em relação à sua vida profissional, de reconhecido sucesso, e não tanto no processo que lhe esteve subjacente. No entanto, é bastante mais categórica ao afirmar que, no final da sua vida profissional, a questão de género pesou substancialmente. Importa também referir que foi das narradoras que, ao longo dos diálogos, mais evidenciou uma consciencialização progressiva das desigualdades de género.

Neste trabalho, também nos foi trazido o testemunho de quem viveu com toda a “naturalidade” a opressão e subordinação inerente à sua “condição” de enfermeira e que “ousou” investir na formação ao longo da vida. Só recentemente tomou consciência da situação e, a partir daí, tem procurado ser actora e autora da sua própria vida:

Agora, que foi uma exploração, foi. Só uma sociedade tão conservadora como a nossa, com a sua própria história, é que põe a mulher numa condição de inferioridade, deste género. Situação, vivida por mim, como perfeitamente natural e, logo, aceitável! Foi assim que eu vivi. São coisas que uma pessoa vive porque é mulher (HV7).

Outra perspectiva foi-nos trazida pela enfermeira Sintra, assumindo as conjugações entre as relações de género e a condição social:

Tive as condições todas para enfrentar a realidade do país. (...) Senti a marca da Instituição/ETE (HV4).

Gozando de um estatuto privilegiado, provavelmente superior a muitos/as enfermeiros/as, o que poderá ter também condicionado a percepção de relações de subordinação/dominação masculina que atravessou a formação e o exercício profissional no âmbito global, isso não a impediu de ter consciência da complexidade agravada das vidas das colegas de grupos mais desfavorecidos. Há domínios da cidadania que reconhece, que, ainda na actualidade, assentam na integração parcial das mulheres na cidadania, contando-se entre muitos outros, a participação política no sentido convencional, como adiante veremos.

A enfermeira Maria Aurora Silva, tal como acontece em relação a muitos outros aspectos da sua vida, assumiu em contexto de grupo a situação de desigualdade de género.

Por um lado, evidencia-se a não assumpção da subordinação das mulheres na cidadania, na generalidade, o que obstaculiza a procura intencional, de carácter individual e/ou colectivo (organizado), da transformação dos contextos. Por outro, constata-se o assumir das relações de género como um poderoso constrangimento em termos colectivos, mas não tanto em termos pessoais. Trata-se de alguma naturalização das desigualdades de género, em parte, mediada pelos sucessos sócio-profissionais.

1.2. Experiências vividas como sujeição

A interpretação das vidas das narradoras, articulando subjectividades, poderes, discursos e práticas, não passa por uma abordagem linear e dicotómica entre a

subordinação e o empoderamento, entre a estrutura e a agência. Pelo contrário, tudo se joga numa arena complexa de relações onde os dois termos se inter cruzam, se sobrepõem e/ou contrapõem. Essas tensões jogaram-se em vários domínios da cidadania, dando-se, aqui, um enfoque particular à maternidade e às famílias e das relações patriarcais estabelecidas no seu seio.

1.2.1. Maternidade como óbice à participação e como culpabilização

A maternidade tem sido alvo de diferentes enquadramentos políticos, sociais, económicos e científicos (sobretudo das áreas de psicologia e de medicina) ao longo dos tempos. Neste contexto, importa relembrar que algumas das narradoras viveram a sua juventude em pleno regime salazarista, cujo papel em torno da *maternidade enfatizada*, reforçando a divisão público-privado, já foi amplamente debatido, quer por vários/as autores/as (Araújo, 2000; Pimentel, 2000; Magalhães, 2005), quer neste trabalho. Face a estes e outros pressupostos político-ideológicos, o regime manteve-se bastante alheado do investimento em redes sociais de suporte às famílias. Re/criavam-se, assim, condições materiais e simbólicas que complexificaram a articulação entre a maternidade e a vida na esfera pública, nomeadamente em termos de exercício profissional e de formação. A maternidade tem sido apresentada em diversos estudos e discursos, como satisfação e realização física, emocional e social máxima na vida das mulheres (Ussher in Magalhães, 2005), mas também acarretando constrangimentos e limitações diversas (Ferreira, 2003) nos domínios do trabalho, do conhecimento e da produção artística, entre outros (Magalhães, 2005).

Também neste trabalho, esta perspectiva foi focada pelas narradoras na qualidade de mães. A Correia Santos interveio, quase parafraseando Virgínia Ferreira (2003), realçando este constrangimento em relação, por exemplo, ao relacionamento conjugal. A biologia constitui também aqui um argumento central:

Contudo, considero, por mais que a gente não queira, o poder maternal afecta muito mais do que só o conjugue. Há questões biológicas a que não podemos fugir (HV5).

As duas enfermeiras nesta situação (HV5 e HV7) geriram as dificuldades com recurso a uma empregada a tempo inteiro. Correia Santos salientou o facto de ter conseguido alguém com quem mantinha uma relação afectiva muito próxima, o lhe facilitou a muito vida:

A empregada a tempo inteiro, vinda já da casa dos meus pais, era como se fosse da família, o que facilitou imenso a minha vida (HV5).

Esta vivência reforçou a sua solidariedade para com as alunas/mães que não dispunham de qualquer apoio social:

Depois, como directora, fui muito sensível aos problemas das alunas/mães. Alguns bebés ficavam os primeiros meses na escola, porque não havia estruturas sociais de apoio (HV5).

Esta questão da biologia tem vindo a ser colocada, em múltiplos debates teóricos no domínio de género. Virgínia Ferreira (2003) problematiza, exactamente, a questão biológica da maternidade e as suas implicações na vida das mulheres. Muitas tem sido preteridas e/ou lançadas no desemprego, por exemplo, através da não renovação de contratos a mulheres, nestas condições. São situações que temos que ter muito presentes, dadas as recentes, mas drásticas, alterações na empregabilidade de enfermagem, em Portugal.

A narradora, estribada na divisão sexual de papéis na esfera privada, convocou a intervenção do marido no apoio de actividades relacionada, com os filhos, como “ajuda” e não como partilha. Seguindo a mesma linha de pensamento, atribui às mães um papel harmonizador:

(...) que a mãe é o ponto de equilíbrio na relação familiar. É a gestora familiar, consegue conciliar e lidar com as situações, mesmo de crise, de uma forma melhor do que o homem (HV5).

Deste modo, interpela-se em torno do que entende ser o seu papel de mãe:

Será que apoiei bem os meus filhos? Será que dei a atenção necessária ao marido e à família? (HV5)

Para logo procurar aquietar a profundidade do seu “ser”:

Depois, penso nos percursos totalmente diferentes que os três têm feito e em todos vejo um “cunhozinho” de abertura ao mundo (HV5).

Foi com base nos constrangimentos relacionados com a maternidade que argumenta, por exemplo, a não participação no sindicalismo, um domínio em que gostaria de ter intervindo:

(...) que gostaria de ter integrado um movimento sindicalista, assim uma coisa mais reivindicativa, mas não consegui ter disponibilidade. A questão familiar, sobretudo no que se refere aos filhos, condicionou um bocadinho (HV5).

Neste contexto, importa também referir que a maternidade não a impediu, por exemplo, de frequentar espaços sociais, à época, pouco frequentados por mulheres, como por exemplo, o futebol.

Em relação à enfermeira Dali, as dificuldades e constrangimentos foram intensas. No entanto, refere relevantes transformações que se têm vindo a operar recentemente (cf. 2.1.).

É importante ter presente que esta não é uma questão ultrapassada. “Em Portugal, depois de uma ténue e muito breve tentativa de agregar à criação das crianças a paternidade e de reconhecimento do colorido das formas familiares em torno da criação das crianças, (...) voltamos a assistir ao recrudescimento dos discursos científicos sobre *ser boa mãe* (isto é, ficar em casa a tempo inteiro¹⁸⁵) acompanhado de nova tentativa discursiva e legislativa de domesticizar as mulheres” (Magalhães, 2005: 468).

É necessário, por um lado, que os estados se envolvam, discursivamente e na prática, na criação de estruturas sociais de apoio às famílias, com dinâmicas de funcionamento ajustadas ao quotidiano das mesmas e, por outro, que os seus membros assumam integralmente a responsabilidade do cuidar na esfera doméstica. De facto, o exercício de uma cidadania mais inclusiva implica o apagamento das fronteiras público-privado e que o cuidar, nas diferentes esferas, se constitua um direito e um dever de todos/as (Lister, 2002, ver também Fonseca, 2006).

1.2.2. Famílias: apoio e constrangimento

A família, entendida como um núcleo de pessoas em regime de coabitação ou não, unidas por laços de consanguinidade e/ou de afectividade, surgiu neste trabalho como apoio, mas também como constrangimento à intervenção em diferentes domínios da cidadania.

A enfermeira Sintra, tendo expressado profusamente o activismo em alguns domínios da cidadania, assume que usufrui de condições de vida que lhe tornaram essa participação mais facilitada. Uma dessas condições reside no facto de não ter família “organizada”:

Tudo que fiz, consegui-o porque era livre. Não tinha que prestar contas a ninguém, a não ser a mim própria, o que já é difícil. Sinto que se tivesse uma família organizada, era possível fazer a vida que fiz, mas seria muito mais difícil (HV4).

Em relação às famílias de origem, estas foram sentidas e relatadas, de um modo geral, como apoio e reforço, sobretudo no que se refere à formação e à intervenção pública:

¹⁸⁵ A investigadora, a este respeito, faz referência à publicação de “diversos artigos com entrevistas a figuras proeminentes em Portugal, algumas desempenhando cargos com grande responsabilidade nesta matéria (como por exemplo, o de presidente do Tribunal de Família e de Menores no Porto) que veicula este tipo de discursos, apesar do que a investigação já tem contestado sobre o assunto” (ibidem).

Também os meus pais me apoiaram. O meu pai, então, adorava saber que tinha uma filha lançada para o mundo. Viam tudo muito bem, ficavam felicíssimos. Para eles, era aliciante. (HV5)

No mesmo sentido, foi o testemunho de Dali, em relação a um momento particularmente difícil em que estava a viver:

A minha família via as coisas de forma diferente. Via-me como um modelo (HV7).

Porém, tendo esta biografada assumido recentemente um cargo de gestão, quase em simultâneo, com o marido, sentiu que a família de origem (bem como os amigos), reagiram de forma substancialmente diferente a cada um deles. Sentia que a ela, nem a ouviam. Em contrapartida, em relação ao marido preocupavam-se em expressar o seu apoio e reconhecimento, sobretudo as mulheres da família:

Falava de mim como presidente, não me davam resposta, mas queriam saber do que se passava com ele, nesse novo cargo. Somos nós, as mulheres, a valorizar os homens e tudo o que lhes acontece a elas parece não ter valor ou significado. Eles têm impacto e mais visibilidade social, sim! Doeu-me a alma, magoou-me muito, senti-me muito triste. Pensei: "Como a sociedade é cruel para as mulheres! Tudo se espera delas, mas nada é valorizado, ainda que cheguem a um cargo raramente ocupado por elas" (HV7).

Para além de ver os seus sentimentos, emoções e expectativas ignoradas, via não só oposto em relação ao marido, como apelavam a que os ignorasse. Como referem Hadfield e Haw (2001), o inverso de se ter voz é ser-se silenciado. Constituem estratégias subtis de exclusão, amplamente eficazes no silenciamento e marginalização de indivíduos e grupos com menos poder, nomeadamente mulheres. Esta é uma situação frequente, quer na família, quer na escola, quer no mundo do trabalho. Magda Lewis (1993) explica alguns silêncios de mulheres com base em experiências semelhantes à relatada pela enfermeira Dali.

A socialização familiar no reforço das ideologias patriarcais (e não só) está sobejamente referenciada. Esses valores e pressupostos estão de tal modo interiorizados que, ainda na actualidade, se age no sentido da sua reprodução sem se tomar consciência, nem disso, nem do sofrimento que se causa, mesmo aos/às que mais queremos. O relato que a enfermeira Dali nos fez de uma experiência vivenciada deixa bem claro a intensidade do vivido, bem como a actualidade da questão:

(...) quando cheguei a casa, às nove da noite, o meu marido já se tinha despido, estava no sofá a relaxar e a recuperar as suas forças. Vinha esvaída de cansaço. Depois de uma reunião "pesada", ainda, passei no supermercado para fazer umas compras, estava a ficar sem nada em casa. Ultimamente

tenho sido sempre a última a chegar. Dei-lhe uma beijoquinha e fui ao quarto, ver a minha mãe.

- Estou tão preocupada com o teu maridinho, sabes que ele entrou aqui tão cansado, trabalha catorze horas por dia. Coitadinho, como se aguenta!

Foram as palavras dela! Se me tivessem dado uma tarefa, tinha gritado, mas naquele momento, acho que morri. Só lhe disse:

- Mãe, como nós mulheres somos tão injustas entre nós!

Vi que ela não percebeu nada, prossegui:

- Mãe, quem chegou depois do meu marido fui eu. Trabalhámos e temos ambos muita responsabilidade. Quando lhe fui dar, à noite, um beijinho pediu-me desculpa, nem se tinha apercebido. Foi a educação que tivemos! (HV7)

A consciencialização é um processo doloroso para as partes envolvidas, mas pode ou não “abrir portas” à mudança, em função da forma como é percebida em termos de mais valias:

Mas de repente, vejo que não expunha estas coisas e agora estou a fazê-lo e a reivindicar direitos e igualdade. Será que isto pode interferir no meu casamento? Tenho que gerir com inteligência isto, para que o processo seja favorável os dois. (...) Tomei consciência ontem à noite de que é altamente perigoso (HV7).

Encontrar uma estratégia de resolução de conflitos com ganhos para ambas as partes implica o desenvolvimento profundo de relações intra e interpessoais traduzindo-se em agência pessoal e familiar.

As famílias por afinidade foram percebidas como constrangimento pelas duas narradoras que se encontram nestas condições (HV5, HV7). Correia Santos e Dali deram conta das oposições intensas com que se deparam pelos elementos que integravam o agregado familiar, sobretudo por parte das mulheres. A primeira convoca a oposição frontal e directa da tia do marido, que com eles habitava:

Uma tia do meu marido, que viveu connosco, aceitava muito mal. Aliás, fazia questão de o expressar e de me fazer sentir isso mesmo. Uma mulher que, ao fim de um ano de casada foi para Lisboa e andava de táxi que, na altura, eram conduzidos por homens. Mais tarde, deixava os filhos para ir para o trabalho, com imensas deslocações a vários pontos do país, sobretudo, Porto e Lisboa. O mesmo aconteceu quando fui bolseira da OMS (HV5).

Dali, para fazer a especialização, à época, tinha que necessariamente se deslocar a um grande centro urbano, facto que foi entendido como abandono da família:

Queria ser “enfermeira parteira” (...) Consideravam que eu, para fazer a especialidade, abandonava a minha família (HV7).

Decisão que teve custos demasiadamente pesados do ponto de vista físico e simbólico:

Tinha que cozinhar com a chuva a bater na cabeça, que ir para a pia lavar à mão, quando eu tinha máquina de lavar. Tinha condições de luxo, numa aldeia, mas obrigavam-me a fazer tudo o que fosse de sopeira, para sentir que, ali, a minha condição era de mulher submissa e, ponto final (HV7).

Uma enfermeira que não se poupou a esforços para fazer a especialização, numa área tão carenciada, pelo menos no distrito, mas que o fez com a ridicularização e o desdém nas suas costas:

Quando se reuniam, ao fim de semana, para me ridicularizarem, perguntavam: “Onde está a Doutora? A Doutora já chegou? O que estará a fazer a Doutora”? Soube isso mais tarde, tratavam-me por “Doutora” como quem, ela, uma sirigaita, tem a mania que quer ser Doutora, mas nunca lá vai chegar (HV7).

Constituem fenómenos de opressão e dominação das mulheres, que se estribam em aprendizagens, desde a mais tenra idade, em torno de estereótipos e papéis sexuais claramente diferenciados, tomados como “norma” (Alvarez, 2001). Nessa lógica, espera-se que as mulheres sejam passivas, estejam fundamentalmente direccionadas e assumam integralmente o trabalho doméstico, não se façam acompanhar por homens (a menos que sejam pai, marido ou filhos), dado que são dotadas de uma sexualidade “descontrolada”. Supostamente, a tomada de decisão nas esferas privada e pública, o investimento no mundo do trabalho, assim como a participação pública, sem qualquer preocupação com cuidados à família, seriam desígnios masculinos. Ora, a alteração disto era violar a “norma”, implicando as sanções de violência simbólica e prática. São discursos que re/produzem os sujeitos. Daí, que algumas narradoras tivessem perspectivado (e perspectivem) fenómenos de discriminação de género (entre outros) como “naturais” ou se interpelem e culpabilizem quando sentem ou lhes fazem sentir que não se enquadraram, em absoluto, na norma dominante.

1.3. Conhecimento como ‘ponto de viragem’ para o empoderamento

A relevância da aprendizagem ao longo da vida, em termos individuais e colectivos, são uma constante de todas as Histórias de Vida. A interpelação do campo de saberes subjacentes às práticas e o sentido inacabado da formação brotam fluidamente dos discursos. Neste contexto, é particularmente interessante constatar a relevância de determinadas formações académicas para o “despertar” da agência. De facto, quatro entre as sete biografadas (HV2, HV4, HV5, HV7) referenciaram momentos concretos de formação, de índole, sobretudo, académica, a partir dos quais se tornaram mais participativas na mudança dos contextos em que habitavam. Para a enfermeira Maria Aurora Silva (HV6), a participação na Juventude Operária Católica Feminina constituiu uma referência indelével.

Constituem 'pontos de viragem' que não são entendidos numa perspectiva factual e transversal, mas antes como resultantes de um processo evolutivo "a partir de condições prévias, quer individuais quer contextuais, numa interacção entre si, cujos efeitos se manifesta[ram] nas diferentes dimensões da profissionalidade" (Sarmento, 2002: 99) e da vida pessoal, permanecendo em reconstrução constante. Está em jogo a relevância da formação (formal e não formal) para o desenvolvimento pessoal e profissional, constituindo esses momentos o 'auge' de processos emancipatórios e libertadores na esteira de diversos/as autores/as (Freire, 2005; Weiler, 2003; ver também Sarmento, 2002; Correia 1998).

A relevância dos factos narrados entronca, primordialmente, no fortalecimento da resistência individual e colectiva às ideologias e valores dominantes subjacentes à menorização da intervenção de mulheres nas diferentes esferas da vida, através de processos de formação/educação, ou seja, assenta no reconhecimento do enorme potencial libertador dos sistemas educativos formais e não formais. Através deles, forjou-se a ampliação dos sentidos de cidadania das enfermeiras nos diversos espaços da vida, embora talvez sem essa intencionalidade, até porque, como referimos em capítulos anteriores, a análise intercruzada de género e cidadania, na prática, é recente. Assim, por um lado, somos impelidas a equacionar os efeitos acumulados face aos constrangimentos erguidos à formação em enfermagem, ao longo dos anos. Por outro, face à actual crise nos sistemas educativos/formação, onde se integra o ensino de enfermagem, importa ter presente a margem de autonomia relativa dos mesmos e estrategicamente maximizá-la na construção de uma cidadania mais efectiva.

Recentrando-nos nos discursos das narradoras, verificamos que o enfoque é colocado na formação formal em enfermagem, o que é de todo compreensível à luz das dificuldades constantes e duradouras que cercearam a sua edificação, legitimação e acesso, mesmo nas fases em que a educação se confundia com desenvolvimento (Stoer, 1986; Teodoro, 1994). Não podemos perder de vista, ainda, por um lado, a precariedade, a pobreza, a desumanização dos contextos de trabalho tão bem retratados pelas narradoras, e, por outro, que o movimento da educação permanente, surgido nos anos setenta, embora tivesse feito rupturas com o modelo escolar, manteve a lógica escolarizada (Nóvoa, 1988).

No que se refere às mudanças enunciadas, elas consubstanciam-se primordialmente ao plano profissional, embora a enfermeira Dali tivesse convocado também a recente viragem na esfera privada.

Assim, no domínio profissional, foi realçado o desenvolvimento de potencialidades através de cursos de especialização em enfermagem, do curso de complemento, do mestrado, em estreita relação com as suas especificidades e com a reflexão-acção inerente aos contextos de trabalho. Por exemplo, a enfermeira Sintra, especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, salienta a relevância da dimensão sócio-relacional para a compreensão humana:

A minha especialidade faz-me aceitar o/a outro/a na sua plenitude. (...) Ninguém me vê a fazer juízos de valor ou a criticar, por criticar" (HV4).

Um dos aspectos que realçamos, neste âmbito, e que adiante será retomado, prende-se com a recusa em entrar em processos estribados em juízos de valor ou críticas gratuitas que tanto afectaram a vida das enfermeiras, sobretudo no Estado Novo.

Enquanto isso, a enfermeira Maria Diogo, partindo da primordial relevância do domínio das especificidades técnico-científicas subjacentes à gestão da cada serviço, considera que o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foi determinante para a consecução de mudanças imprescindíveis dos cuidados prestados no serviço que geria:

(...) Sempre achei que, para uma pessoa se impor no serviço, tinha que ter qualidades profissionais, conhecimentos profundos e formação específica na área que estava a gerir. (...) Bom, o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foi óptimo para mim, dei a volta àquilo tudo! Se não o tivesse feito, não teria bases sólidas para conseguir implementar as medidas, absolutamente necessárias àquele serviço (HV2).

A partir daí, adquiriu um entendimento e controle das suas próprias potencialidades em ordem à mudança. Como refere, o curso foi "difícil e exigente", mas compensatório pelas mudanças operadas, no enalço da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, como adiante veremos de forma mais aprofundada. O conhecimento emerge, assim, como condição fundamental à agência.

É interessante revisitar a perspectiva da enfermeira Correia Santos. Embora tenha convocado as mais valias do mestrado em ciências da educação, foi particularmente intensa a forma como se referiu ao Curso de Complementar de Ensino e Administração, ou melhor, às potencialidades que o mesmo fez despertar em si. Parecia tratar-se, em parte, de "um abrir-se ao mundo", do

resgate do “seu eu”, fazendo-a emergir enquanto autora e actora na e da mudança:

O curso complementar fez mudar profundamente a minha postura face à intervenção social, face à direcção da escola e face aos alunos. (...) Foi a minha grande volta, porque eu era uma mulher, uma rapariguita, muito tímida, embora hoje, ninguém pense que o tivesse sido. (...) O curso, para mim, foi a “pedra de toque”. (...) Considero que a minha consciência brotou, e brotou para os processos de emancipação e para a intervenção social (HV5).

Importa, neste contexto, relembrar que se estava em finais dos anos sessenta e que o Curso Complementar se orientava primordialmente para formação de líderes, de gestores e de professores. Não admira, pois, a relevância dada às múltiplas vertentes da formação: saber ser, saber estar, saber fazer, transformar e transformar-se (Santos, 1993).

Como refere, a partir daí, reequacionou e reconfigurou a sua intervenção social e profissional no sentido mais amplo e profundo, passando a estribar-se em lógicas críticas e emancipatórias (Correia, 1998). O modelo de formação que norteou o CC levou-a a re/equacionar as suas próprias práticas pedagógicas. Na medida em que a autonomia e a reflexão crítica constituíam os eixos estruturantes do processo ensino/aprendizagem, os percursos formativos assentavam na diversidade de práticas:

Depois, fiz Saúde Pública, com os alunos, em zonas bastantes degradadas da cidade. (...) Ora saía com uns, ora com outros, e procurava que desenvolvessem a autonomia e a reflexão crítica. Portanto, criava formas de estar na formação bastante diferenciadas (HV5).

Prosseguiu o trabalho, desenvolvendo diligências junto dos responsáveis pelos serviços onde os estágios de gestão eram realizados, para que o ensino prático continuasse a estribar-se nos pressupostos referenciados:

Procurava, também, articular-me com os hospitais, porque os estágios eram feitos aí. Como estava mais ligada à Gestão, articulei muito com as chefes (HV5).

Tal facto traduz a percepção clara da relevância da articulação entre os contextos de trabalho e de formação no processo de ensino/aprendizagem, consubstanciada através da parceria com os/as colegas da prática, neste caso, enfermeiros/as chefes de serviço, bem como da co-responsabilidade (entre docente e responsáveis da prática) em repensar os modelos de gestão. Neste contexto, urge realçar o potencial de formação destes espaços/momentos, frequentemente informais e não certificados. Como refere, foi uma cultura de partilha que perdurou para além das funções até aí exercidas:

Debatei, sobretudo com eles, a necessidade dos modelos de gestão serem um bocadinho mais dinamizados (...). Penso que, a partir daí, houve uma relação muito próxima, com reflexos posteriores. Até porque já estava na província, como Directora de uma escola, e continuava a desenvolver, anualmente, um conjunto de actividades de formação, na área da gestão, no hospital central. Penso que "lancei a semente" (HV5).

De certo modo, expressa o reconhecimento, quer da acção da narradora, quer da importância da formação para o desenvolvimento profissional e organizacional.

Desenvolveu, ainda, um conjunto de competências que lhe permitiram não só questionar, como confrontar a cultura organizacional instituída. Assume que passou a adoptar uma postura política e de cidadania numa lógica que designamos de "bem mais inclusiva" e "amiga dos grupos socialmente desfavorecidos" que povoavam a comunidade escolar:

(...) confrontei-me com a direcção, por estarem em jogo questões internas do foro relacional. A forma de lidar com algumas pessoas provocava-me um certo arrepio. Havia aquela política de marcar as pessoas, os trabalhadores, os professores e, depois, era difícil dar a volta.

Também me opus à relação, por vezes, estabelecida com os pais dos alunos. Vinham das mais variadas regiões, nomeadamente de Trás-os-Montes e a directora lembrava-se e não os recebia. As pessoas não viviam na cidade, deslocavam-se, com o peso das questões culturais. Não, não era para se mandar uma pessoa embora. Posicionei-me com o objectivo político e de cidadania (HV5).

Opôs-se frontalmente à manutenção da supervisão do lar por enfermeiras docentes, considerando-a como forma ridícula de moldar as vidas das enfermeiras:

Marquei posição, inclusivamente, em questões do serviço ao lar. Achava que era um maternalismo exagerado, não podíamos continuar naquele modelo e disse-o. Fazer um dia, por semana, de serviço ao lar, era distorcer os processos formativos e, ao mesmo tempo, um protecçãoismo, quase ridículo. Não era preciso uma professora para fazer um serviço deste tipo. Aliás, nem devia, porque se estavam a entrecruzar processos de formação, neste caso, de conduta de vida das pessoas (HV5).

Embora a contestação não fosse em ordem ao lar como medida discriminatória feminina, até porque, à época, seria uma das condições para que muitos pais autorizassem as suas filhas a aceder a algum nível de educação/formação para além do então ensino primário, era-o em relação à formação integral das enfermeiras (Petitat, 1989). Deste modo, contribuía para a ruptura com processos de formação que visavam modelagem global e permanente da "mulher-enfermeira" numa lógica homogeneizante de transcendência, pureza e santidade. Na sequência desta competência adquirida, a de confrontar os superiores hierárquicos, outras se desenvolviam não menos importantes. Destacam-se a voz

de agência e a determinação na tomada de decisão independentemente da expressão pública ou não de apoios à sua decisão:

Numa reunião, confrontei isto e exigi que ficasse registado em acta. A directora, de então, respondeu-me rigidamente. Senti aí, que há fenómenos que têm que ser assumidos por nós próprios, porque os apoios anteriormente verbalizados por quem nos rodeia, pelas nossas colegas, em situações destas, nem sempre são expressos. Senti a mesma coisa, mais tarde, numa reunião com um secretário de estado. Portanto, comecei a tomar consciência de que a firmeza das minhas decisões não podia ser abalada pela fragilidade dos outros. Ficou claro para mim, desde que bem fundamentadas, as minhas decisões seriam, doravante, para defender até ao fim. As tomadas de posição têm que ser assumidas mesmo sabendo que se corre o risco de estar sozinha (HV5).

A criação de uma cultura de partilha de saberes e experiências entre docentes de várias escolas, da área de enfermagem de saúde pública, complementada por momentos de formação formal estribados no aprofundamento e consolidação de saberes e conhecimentos, constituiu outra referência de aprendizagem no âmbito do Curso Complementar, de suma importância:

De regresso à escola, partilhávamos saberes na área de interesse, a saúde pública, não só entre nós professores da escola, mas também com docentes de diversas escolas. Este processo era, ainda, complementado com ciclos de formação formais, promovidos pela escola. Tudo isto muito voltado para o domínio psicossocial (HV5).

A relevância deste facto será mais facilmente perceptível se nos recordarmos, por um lado, dos constrangimentos que a narradora trouxe a debate em relação ao espectro fortemente centralizador das políticas (ver capítulo V) e, por outro, das dificuldades que as enfermeiras tinham em deslocar-se do seu meio para aceder à formação. Tratava-se de, através de sinergias entre grupos mais alargados, construir e consolidar um campo de saberes específicos à enfermagem de saúde pública. Desconhecendo se esta estratégia inspirou profissionais de enfermagem de outras áreas específicas (para além da gestão e da enfermagem de saúde pública), esse potencial teve-o concertada. Simultaneamente, promovia-se a formação a partir da reflexão sobre as práticas e a descentralização dos percursos formativos.

O referido curso complementar permitiu-lhe, ainda, determinar com clareza as áreas de investimento que marcaram a sua vida, a saber: a saúde pública, a gestão e a formação.

Para a enfermeira Dali, a mais nova no grupo das narradoras, depois da formação inicial em tempos áureos da revolução, convoca o mestrado como um ponto de “viragem” profusamente expresso nas diversas dimensões da sua vida. Olha as

mudanças operadas em si própria e reflecte sobre o 'eco' das mesmas na compreensão de si e do mundo que a rodeia:

O mestrado foi um dos melhores momentos, aliás só comparável à formação inicial. (...) aprendi a ser diferente na prática, a ser outra pessoa. Na verdade, o mestrado fez-me crescer, sobretudo, como pessoa. Começo a perceber muito, o sentido das coisas, da nossa profissão, dos ambientes e da cultura escolar. Fez-me ser mais aberta e flexível, mais tolerante, não ter certezas. Tinha muitas certezas, a minha verdade era sempre a melhor e estava acima de tudo. A minha mãe é assim! Isto retomando a perspectiva do impacto familiar, na educação. Agora, não. Leio muito nas entrelinhas, percebo as pessoas e as suas contradições, o que não acontecia, de todo. Sou também mais tolerante face às minhas próprias contradições, porque até aí, entrava em sofrimento por não as perceber. Tornei-me naquela pessoa que admite que, às vezes, dou calinadas medonhas e perco todo este consenso e equilíbrio, sem me esquecer que as coisas não se apagam de raiz, estão cá dentro (HV7).

Deste modo, auto-percepciona o desenvolvimento pessoal e profissional em resultado da incorporação de um passado, que se reconstrói na articulação com o presente, permitindo-lhe encontrar novas formas de acção e equilíbrios renovados e mais resistentes face a forças contraditórias que emanam dos diversos contextos da vida. Encontram-se, aqui, pontos de forte convergência com conceptualizações trabalhadas e/ou perfilhadas por alguns/as autores/as, em relação ao desenvolvimento profissional dos/as professores/as (Sainsaulieu in Sarmiento, 2002). Essas novas formas de olhar e agir sobre o mundo atravessaram a vida privada, sendo a única narradora que o faz e de forma categórica e acutilante (cf. adiante ponto 2.1).

Dar visibilidade à voz de agência destas narradoras na ampliação de alguns espaços que lhes estavam reservados, mas muitas vezes sob tutela, constituiu a abordagem seguinte.

2. SUBJECTIVIDADES, AGÊNCIA, CIDADANIA NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

A preocupação em contextualizar a agência, dentro do possível, no espaço e no tempo, acompanhar-nos-á, no sentido de não se perderem de vista as questões estruturais subjacentes ao contexto sócio-político e ideológico que mediou a agência.

Estas narradoras lideraram processos importantíssimos em diferentes esferas da vida, através de experiências diversas, embora com maior acentuação no domínio profissional. Assim, no plano da interpretação, urge que se façam emergir os universos particulares, as singularidades, as subjectividades construídas, pelo menos em parte, através dos desafios e confrontos inerentes a condicionamentos

sócio-políticos e profissionais específicos. Neste sentido, na primeira secção, procura-se desocultar a agência na esfera privada. Segue-se o debate em torno das transformações operadas noutros domínios da cidadania, a saber: sócio-profissional, na participação em ONG'S e na política no seu sentido mais convencional.

2.1. Ampliando a cidadania na esfera privada

A agência na esfera privada foi uma das que surgiu de forma menos explícita nas Histórias de Vida. Provavelmente, o enraizamento de valores e ideologias patriarcais veiculadas pelos diversos contextos da educação formal e não formal e o carácter 'fusional' da formação em enfermagem contribuíram para a sua modelação. À excepção da situação da enfermeira Dali, emergiu como que submersa ou "naturalmente" diluída nos contextos de vida, como podemos constatar nas narrativas (ver capítulo I).

Os confrontos directos com os progenitores do sexo masculino, narrados pelas enfermeiras Maria Francisca Soares e Maria Aurora Silva (HV2 e HV6), no sentido de seguirem a profissão que pretendiam, são reveladores da agência pessoal.

Da mesmo modo, a enfermeira Carvalho Martins deixa perceber "as lutas escondidas" (Araújo, 2000) para aceder ao espaço de trabalho, uma questão mais complexa para as jovens de grupos mais favorecidos, como era o seu caso. Como Helena Araújo (2000) refere, as mulheres dos grupos desfavorecidos sempre tiveram que trabalhar para garantir a sua sobrevivência e da família. Não tendo dificuldades de aceder ao curso, só ao fim de um ano conseguiu autorização do pai para exercer a profissão. Entretanto, ajudava a cuidar dos irmãos, constituindo uma forma implícita de desvalorização social do trabalho doméstico. Foi forjando o acesso ao mundo do trabalho, mas na esfera pública. Foi "deixando esquecidas", em locais visíveis, as cartas que recebeu propondo-lhe trabalho. Sob pretexto da carência assistencial e de ter um horário diurno, iniciava uma vida profissional, tendo deixado um inegável legado.

Outra dimensão, que urge trazer à luz do debate, relaciona-se com o casamento e as diligências que lhe estiveram subjacentes da enfermeira Maria Diogo, na prisão e em circunstâncias invulgares. Mantinha a sua luta pelo direito à decisão sobre a sua vida privada, em oposição aos ideais do regime. Tratava-se de forçar espaços e tempos para estarem juntos. Deste modo, contrariando os interesses

do regime, “nutria” o projecto de vida do seu marido, o de prosseguir estudos universitários. Sob condições muito próprias, traduz a luta e conquista do direito a constituir família, recusado às enfermeiras hospitalares, atrás referido.

A enfermeira Dali teve como particularidade a narração do doloroso dealbar do processo de conscientização da discriminação de género, na sequência do mestrado, como referimos na secção anterior:

(...) quando fui para o mestrado, comecei a ter uma visão diferente e a pôr em causa o meu lugar como mulher, no seio da família. A situação complicou-se. Comecei a sentir que trabalhava demais, que era uma grande injustiça e aquilo começava-me a fazer cá um atrito! Não sei se comecei a dar sinais de alguma agressividade, provavelmente...

Sentia-me uma outra pessoa. Fazia uma entrada na família de uma forma diferente. Já não me via como aquela a quem tudo passou ao lado (HV7).

A consciência crítica é um meio crucial de ganhar poder e condição fundamental para a definição de estratégias de superação pela transformação dos contextos opressivos. Trazer as injustiças de género para o centro do debate familiar, sempre que as oportunidades se desenhavam, constituiu uma das estratégias de confronto adoptadas:

Comecei a trazer alguns assuntos para o seio da família, para a mesa, para a hora da refeição, sempre que falávamos a propósito do Mestrado, de algo que lia ou ouvia no telejornal (HV7).

Independentemente das posições extremadas, do mal dizer dos feminismos, estrategicamente interessava construir discursivamente uma outra realidade:

Os debates ficavam acesos, com três homens, dois filhos já adultos e o marido. Começavam logo os meus filhos:

- Lá vens tu com o teu discurso feminista. Detesto feminismos. Isso não é assim, mãe.

Eram discussões medonhas, mas eu ficava, cá por dentro, a sorrir, como quem: “Anda, tomem lá que já ouviram. Ai, vai ficar alguma coisa” (HV7).

Hoje, olha o passado recente e orgulha-se do impacto do mestrado não só sobre a autonomização dos elementos da sua família, como na forma como ela própria percebe e assume as tarefas domésticas numa lógica de co-responsabilidade:

E ficou mesmo. O meu marido nunca mais se sentou num sofá quando há coisas para fazer. Os meus filhos começaram a ir estudar e a fazer tudo sozinhos, sem o apoio da mãe. Agora, estão fora, na Faculdade, mas nunca lhes fiz uma panela de sopa ou seja do que for, para eles levarem. Começaram a fazer tudo sozinhos. Perceberam que eles têm que fazer caminhadas semelhantes a qualquer outra pessoa, nomeadamente, às mulheres. É com muito orgulho, hoje, que vejo o impacto que o Mestrado teve na minha família, inclusivamente, no meu marido. Queremos ir passear? Vamos, sim senhor. Digo:

- Deixa ficar por fazer que logo, quando vier, faço:

Diz o meu marido logo:

- Eu faço.

Não diz “fazemos”, ele faz. Esta pessoa que, inicialmente, ia atrás, agora já faz. E deixa-o fazer. Evoluí também, nessa postura. Posso estar no sofá, porque

estou cansada, e ele, que está menos cansado, arruma a cozinha. Era impensável, isso, há anos atrás. Agora, cada um faz o que há para fazer em casa e ninguém consome ninguém. Devo isto ao Mestrado (HV7).

Tratando-se da problematização e da implementação de estratégias de combate às desigualdades de género, com ênfase na esfera privada, representa uma conquista inegável, mas é preciso não perder de vista o 'tempo e condições de viragem'. Estava-se nos primeiros anos do século XXI, isto é, quase trinta anos após a institucionalização jurídica da igualdade de género! Não estando em jogo qualquer relação causa-efeito, nem se concebendo a formação como a panaceia dos problemas sociais, também não se pode ignorar que este mestrado integrava uma substancial componente teórica em torno das questões de género e cidadania.

2.2. Resistências e mudanças no espaço sócio-profissional

Nesta secção, aborda-se a agência das biografadas no domínio da promulgação das políticas de formação em enfermagem, no contexto das práticas, no sindicalismo e no confronto com relações patriarcais no contexto organizacional. No domínio da promulgação de políticas de formação, destacam-se os testemunhos das enfermeiras Maria Francisca Soares, Correia Santos e Maria Aurora Silva. A primeira realçou a subtilidade das estratégias de intervenção adoptadas num contexto de opressão salazarista. A enfermeira Correia Santos, atenta à mudança social, rapidamente percebe que, com a revolução de Abril, novos desafios se impõem. A intervenção local torna-se claramente insuficiente. Nos anos oitenta, co-participou em diversos e importantes processos de tomada de decisão política, quer no domínio da formação, quer da profissão. Nesta secção, dar-se-á um enfoque particular à integração do ensino de enfermagem no ensino superior. Aliás, esta dimensão do processo de consolidação da autonomia, particularmente no que se refere à gestão das clivagens que emergiram no seio do grupo profissional e a participação na construção do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem foram trazidos a debate pela voz da enfermeira Maria Aurora Silva.

O enfoque nos desafios efectuados no forjar do acesso à formação ao longo da vida é particularmente evidenciado pelas narradoras Correia Martins e Maria Diogo, isto é, duas das três narradoras que fizeram a formação de base nos anos quarenta. Também Correia Santos e Dali desenvolveram esforços, neste domínio,

sob perspectivas diferentes. A centralização da formação, a periferação e a articulação com a vida familiar conferiram-lhe algumas particularidades.

Outro dos domínios que se salientou e se apresenta de seguida, foi o desafio à sólida regulação dos corpos e das sexualidades. A enfermeira Sintra opôs-se à intromissão da escola na sua e na vida pessoal de outras mulheres com quem privou em contexto de trabalho (alunas, funcionárias, entre outras).

Na abordagem do contexto das práticas, realça-se a acção transformadora no domínio do exercício e da docência que atravessa a vida das diferentes narradoras, embora com tónicas distintas de acordo com as funções exercidas. A agência na gestão num contexto marcado pelas relações patriarcais e o forjar de rupturas na regulação dos corpos e das sexualidades, constituem enfoques trazidos pelas enfermeiras Correia Santos e Sintra. Também no que se refere à acção sindical, são basicamente duas as narradoras que a trazem a debate: as enfermeiras Maria Diogo e Maria Aurora Silva. A primeira realça o seu activismo e a difícil compatibilização das funções de chefia e delegada sindical, no contexto de Abril. A segunda, a partir da enunciação de pressupostos estruturantes do percurso, dá-nos conta do posicionamento individual e colectivo do pensar, do estar, do fazer, do transformar e do transformar/em-se no sindicalismo.

2.2.1. Agência política na construção da autonomia profissional

A enfermeira Maria Francisca Soares, tendo integrado o 'núcleo pioneiro' de liderança do ensino de enfermagem a nível nacional, praticamente desde a sua constituição, expressou de forma muito sentida a resistência e lutas travadas, algumas escondidas, para conseguir operar delicadas, mas relevantes transformações. Obviamente, as estratégias de recurso eram amplamente condicionadas pelo contexto de "obscuridade" e de opressão política que caracterizaram o Estado Novo, na década de sessenta. Deste modo, viram-se compelidas a desenvolver um vasto leque de aptidões políticas:

Planeávamos as conversas que íamos ter com os nossos dirigentes, ao ínfimo pormenor. Ainda há pouco tempo tive esses papéis na mão. Bom, só vivido, foi qualquer coisa que não tem explicação! Pensávamos nos argumentos e nas estratégias passíveis de serem utilizados. Analisávamos e decidíamos o que podia ou não ser dito e quais seriam as possíveis reacções às nossas intervenções. Depois, era preciso esperar pelo momento oportuno para agir. Isso era uma preocupação muito da altura, escolhermos o momento oportuno para evoluir. Tudo era minuciosamente estudado! (HV3)

A construção de cenários hipotéticos e a determinação do momento de acção constituíam as linhas de força de um planeamento exaustivo e criterioso com vista a garantir o sucesso das intervenções num contexto de opressão política e de oposição, mais ou menos aberta, ao desenvolvimento sério e profundo da formação de enfermagem. Este agir, de certa forma subtil, de modo algum pode ser conotado com passividade ou assentimento. Pelo contrário, revelam uma profunda racionalidade e visão estratégica constantemente orientadas para a maximização dos resultados em direcção à autonomia profissional:

Estrategicamente, era preciso estarmos muito atentos aos sinais que começavam a surgir e lidar com eles, sabendo-os gerir a nosso favor (HV6).

Com a Revolução de Abril, o panorama social português, a própria situação de Portugal face ao mundo e à Europa em particular, alterava-se de forma profunda, trazendo novos desafios ao ensino de enfermagem. A preocupação em perceber rapidamente a especificidade dos mesmos e de agir em conformidade com os pressupostos defendidos de autonomia e emancipação, atravessa de forma sistemática e continua a narrativa da enfermeira Correia Santos. Assim, acompanhando diariamente a situação sócio-política portuguesa, através de diversos meios de comunicação social, percebe e decide que o âmbito da intervenção no ensino (e profissão) tem que ser ampliado não só ao plano nacional como também ao europeu:

Lia os jornais todos os dias e via o «Telejornal» para ter uma panorâmica actualizada da sociedade. Continuei a investir na abertura ao exterior, a par com o despertar para as questões políticas. Percebi que um dos pilares do desenvolvimento da formação em enfermagem residia na abertura tridimensional ao exterior: local, nacional e europeu. O primeiro, revelava-se claramente insuficiente, era necessário ampliar a intervenção ao nível nacional e europeu (HV5).

Após a passagem para um nível único de formação em enfermagem, a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional impunha-se na consolidação da autonomia profissional. Deste modo, a complexa gestão de constrangimentos e clivagens, a definição do primado da acção e a estratégia política são estruturantes nos testemunhos das enfermeiras Maria Aurora Silva e Correia Santos, resultantes das suas vivências/experiências, respectivamente como sindicalista e como membro do grupo de directores/as das escolas de enfermagem.

Na perspectiva da enfermeira Maria Aurora Silva, foram vivenciados constrangimentos evidentes e inegáveis no plano externo, aliás como referiu em

relação às políticas de formação, contudo, foi no seio do grupo profissional que atingiram maior intensidade:

(...) mas a luta internamente foi muito dura! Por muito estranho que pareça, houve mais dificuldades internas do que externas (HV6).

Durante a vigência do Estado Novo, foi re/criado e consolidado um conjunto de desigualdades materiais e simbólicas que, em nossa perspectiva, foram responsáveis, pelo menos em grande parte, pelas clivagens internas. Neste campo das clivagens, a narradora convocou dois acontecimentos que, de certo modo, evidenciam o clima vivido: as diligências efectuadas pela ETE, no sentido de individualmente resolver a sua situação, por meio de um protocolo com a Universidade Nova de Lisboa e proposta efectuada por grupo de enfermeiros da área do ensino, de modo a serem imediatamente integrados na carreira docente do ensino superior. Assim,

Quando demos conta, estava a ETE, isoladamente, a tentar fazer um protocolo com a Universidade Nova de Lisboa, tendo em vista a sua integração no ensino superior (...). Em 1982-83, houve um movimento de enfermeiros professores, ou, pelo menos, foi assim que eles se apresentaram no sindicato. Propunham, então, que fossem imediatamente integrados na carreira docente do ensino superior (HV6).

Na base de tais propostas, prevaleciam duas lógicas de integração no sistema educativo. Uma defendendo a integração do ensino de enfermagem, na sua generalidade e outra assentava na inclusão de algumas escolas ou sectores profissionais. A opção passava pela decisão em manter ou não a lógica de diferenciação (subjacente aos dois níveis de formação em enfermagem) que, praticamente, tinha acabado de ser sanada:

Se algumas escolas de enfermagem, e não o ensino, passassem a ensino superior, naquela altura, teríamos novamente uma diferenciação notória, com reflexos posteriores (HV6).

As repercussões de cada uma das alternativas sobre o colectivo profissional seriam, obviamente, diferentes. A partir daí, os desenvolvimentos levados a cabo pelas diversas instituições e organizações intensificaram-se.

Como já referimos, a enfermeira Correia Santos co-participou activamente neste processo (e em outros), através da sua integração no grupo de directores/as das escolas de enfermagem. Neste capítulo, em que se foca a agência das narradoras, é de recordar que o grupo mencionado intervinha junto do poder central, em representação de todos/as directores/as, tendo por base a negociação de diversas matérias de interesse. A definição de rácios, o alargamento dos quadros de pessoal das escolas, a carreira docente e a integração do ensino de

enfermagem no ensino superior foram assuntos analisados e discutidos com o poder central. A constituição do grupo assentava na representação regional (continente e ilhas), sendo maioritariamente feminino, três mulheres e um homem.

De acordo com a narradora, o grupo recorreu basicamente a duas estratégias:

(...) Uma assentava em reuniões periódicas com os directores gerais da saúde e da educação e com os ministros, onde apresentávamos as propostas colectivas, resultantes do trabalho previamente efectuado com os directores de todas as escolas. A outra passou pela organização de ciclos de formação, mesas redondas e debates, nas diversas regiões do país, para os quais convidávamos entidades bem posicionadas do ponto de vista académico e sócio-político, com origem nos diversos quadrantes políticos. Procurava-se que os enfermeiros construíssem o seu sentido de opinião (HV5).

Em nossa perspectiva, contribuía-se para a construção sustentada de opinião entre os/as enfermeiros/as e, directa e/ou indirectamente, também se criavam condições favorecedoras à intervenção, nomeadamente no que se referia a alianças e bases de argumentação, revelando, assim, uma profunda visão estratégica. Aliás, face à legislação promulgada, sobretudo em relação à formação inicial, está convicta da influência política exercida pelo grupo:

(...) senti que conseguimos influenciar as decisões políticas. De certo modo, os dispositivos jurídico-normativos saíram na linha por nós defendida (HV5).

Um dos princípios defendidos ia no sentido de se evoluir progressivamente de uma licenciatura bi-étapica para outra de ciclo único, tal como se verificou. Contudo, de acordo com a mesma narradora, o mesmo não aconteceu em relação à transição da carreira de enfermagem para a carreira docente do ensino superior politécnico, onde não foram reconhecidas as competências adquiridas. Retomando a questão da integração do ensino de enfermagem, no sistema educativo nacional, as divergências no seio do referido grupo incidiram no enquadramento académico dos cursos de especialidade. A narradora, estribada no pressuposto da articulação efectiva entre os processos formativos e os contextos da prática, defendia que se constituíssem em mestrados de enfermagem:

As divergências internas situaram-se basicamente a nível das pós-licenciaturas. Em relação a estas, defendi a sua integração a nível do 2º ciclo de estudos, ou seja, constituírem-se em mestrados em enfermagem, em áreas clínicas das especialidades, pensando que seria uma mais valia para a prática e para a profissão (HV5).

Aliás, ainda muito recentemente, algumas escolas superiores de enfermagem estudavam a possibilidade de enveredar por esta linha. Face a este facto, associado a outros como à negociação do quadro de pessoal da escola e

ampliação de estruturas físicas, urge realçar a visão estratégica em que se ancorava a intervenção da narradora, à época. O seu agir, bem como de outras narradoras, orienta-se com base num horizonte sociopolítico e profissional alargado.

Apesar das dificuldades de natureza e âmbitos variados, conseguiu-se enveredar por um processo pautado pela exigência e seriedade, tendo por base o primado da igualdade de oportunidades em relação à progressão académica:

A necessidade de vingar o processo no exterior implicou concerteza muito trabalho e a superação de obstáculos. (...) Foi preciso muito trabalho, internamente para que, no período de transição, fosse encontrada a forma mais séria e exigente, que integrasse o passado, porque a não integração do passado significava a manutenção da diferenciação. A aquisição de graus académicos não podia ser vedada a nenhum enfermeiro independentemente do seu percurso de formação em enfermagem (HV6).

Consumado este passo na autonomização profissional, de forma consensual, impunha-se a necessidade de regulamentar o exercício profissional.

Porém, na perspectiva da enfermeira Maria Aurora Silva, o que estava em jogo transcendia, em muito, a promulgação jurídico-normativa inerente à regulação profissional. Tratava-se de um processo que tinha que se ancorar na re/construção identitária. Toda e qualquer intervenção a desenvolver, neste domínio, entroncava nos diferentes entendimentos que os/as enfermeiros/as tinham em relação à profissão:

Ora, qualquer intervenção nesta matéria teria de contar com o que permanecia no imaginário de cada enfermeiro, reportado este, ao entendimento relativo aos (des)equilíbrios de poderes profissionais no seio da saúde (HV6).

Agir na base referenciada implicava o recurso a um manancial estratégico sem precedentes. Era preciso encontrar estratégias conducentes à integração de rupturas, para que a enfermagem interviesse estribada num estatuto igual às demais profissões de saúde e que estas transformações tivessem impacto evidente nos e pelos cuidados prestados aos/as cidadãos/ãs:

Tudo isto implicava níveis de definição estratégica diferentes de todos os outros processos em que, até aí, estivemos envolvidos (entre eles, a melhoria das condições trabalho e o reconhecimento salarial). Tratava-se de adoptar estratégias que permitissem consagrar uma ruptura que, uma vez assimilada pelos enfermeiros, alteraria as relações de força nos contextos da prática profissional. Estava em jogo a desconstrução do papel tradicional dos enfermeiros como auxiliares de médicos, conduzindo à construção de um novo papel social, por um lado, desafiando a novos caminhos a percorrer para que os destinatários dos cuidados atingissem esse mesmo entendimento, por outro (HV6).

No fundo, defendia todo um processo conducente à desconstrução das representações que prevaleciam no seio dos/as enfermeiros/as, no que se referia

à profissão e às funções que lhe eram inerentes. Não nomeando explicitamente os primordiais desígnios da pedagogia de Paulo Freire (2005) ou de Schön (1987;1996), a emancipação e a prática reflexiva, subjazem à sua proposta:

Não passava por fazer reuniões ou plenários, com vista à aferição de proposta a apresentar ao governo. Tratava-se, sim, de com os enfermeiros questionar as suas concepções e ideologias profissionais e reconstruir o quadro de referência subjacente à prática profissional (HV6).

Imbuída, assim, em sólidos pressupostos ideológicos e teórico-metodológicos, defendeu o desenvolvimento de um trabalho amplo e de fundo com o grupo profissional. Este terá sido, porventura, o 'ponto mais dissonante' no seio dos grupos entretanto criados pela APE para trabalhar esta questão:

Não foi fácil desbravar caminho, pois, se havia consenso em relação à necessidade de regulamentação do exercício, não havia em relação às estratégias a adoptar, entre as diversas organizações. Algumas das enfermeiras da APE exerciam funções nos Serviços Centrais Ministério da Saúde, e se isto, por um lado, era, potencialmente, uma mais-valia, por outro, não deixava de enraizar uma visão de distanciamento da discussão e construção com os enfermeiros (HV6).

Mais uma vez, os constrangimentos inerentes a uma cultura profissional fortemente centralizadora eram chamados a debate. De facto, pelo que se depreende das vozes de algumas das narradoras (HV1, HV5 e HV6), a produção central emanada para a periferia, numa lógica de comunicação e controle, marcou externa e internamente a profissão, com tudo o que isso representou para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Restava determinação, mas também abertura à maximização de consensos. Assente na metodologia de projecto, defendida pelo sindicato, construiu-se um ante-projecto de lei em resultado do trabalho com e não para os/as enfermeiros/as, cuja discussão pública foi enriquecida com a participação de Françoise Collière:

O sindicato mantinha, contudo, a noção que só um trabalho de projecto asseguraria o envolvimento alargado dos enfermeiros. Elaborou-se um questionário que foi enviado a todos os sócios, que permitiu, sobre as respostas obtidas, identificar os aspectos mais controversos, em torno dos quais foi construído um projecto de formação, realizado em todas as capitais de distrito, durante dois dias. Este processo deu origem à construção de um anteprojecto de lei, aberto à discussão com os enfermeiros. Foi no quadro dessa discussão que contámos com Françoise Collière, numa conferência realizada para o efeito. Foi uma experiência riquíssima, centrada na (re)construção de concepções estruturantes de enfermagem (HV6).

Assim, quando se acabava de entregar no Ministério da Saúde o ante-projecto de lei construído sob pressupostos enunciados, o secretário de estado da saúde nomeava um grupo de trabalho, composto por elementos de várias organizações,

para estudar e propor a regulamentação profissional. Na perspectiva da narradora tratava-se de uma antecipação do governo à negociação que se impunha, dando origem à fase mais controversa com que o Sindicato se tinha deparado:

Percebi que estávamos perante um movimento antecipatório, por parte do poder político, ao normal processo negocial, a que a entrega do projecto de Estatuto obrigava, com tudo o que isto representava (HV6).

Neste contexto, parecendo-nos uma atitude dura por parte do estado, estrategicamente, não podemos deixar de nos interpelar sobre as condicionalismos internos que lhe estiveram subjacentes. Nestes processos, importa perceber os mecanismos que fragilizaram o colectivo, no sentido não só de os superar, como também de os prevenir no futuro.

Portanto, face a esta crise sem precedentes, compreensivelmente gerada no interior da organização sindical, só o enfoque no essencial para a profissão lhe permitiu prosseguir, mantendo como referência o trabalho desenvolvido, até aí:

Foi uma das fases mais controversas e de maior dificuldade para a organização sindical, que não cabe aqui e agora desenvolver. Estávamos no início da década de noventa.(...) Na minha leitura, a futura orientação política da profissão estava no cerne da questão. Só a recentragem no essencial para a profissão permitiu tomar a decisão de continuar a participar, tendo como referência o projecto de Estatuto Profissional apresentado pelo sindicato, após discussão com os enfermeiros (HV6).

Dessa fase, recorda também a necessidade de aferir concepções em torno da profissão. Discutindo-se o enquadramento jurídico da autonomia profissional, para a narradora, para além das acções independentes, só a complementaridade teria cabimento:

Desta fase, recordo-me particularmente da necessidade em se clarificar o entendimento da profissão que suporta o tipo das intervenções dos enfermeiros, havendo no grupo de trabalho quem admitisse consagrar em lei “intervenções dependentes”¹⁸⁶. Para nós, no momento em que se discutia a construção do enquadramento jurídico de modo a consagrar a autonomia profissional, isto era algo absolutamente impensável. A complementaridade, sim, fazia-nos sentido (HV6).

De facto, os pressupostos ideológicos e teórico-metodológicos centrados no cuidar em que se ancorou a acção transformadora, a coerência interna do discurso, quase, absoluta, e a resiliência¹⁸⁷ constituem linhas de força que perpassam a história de vida da enfermeira Maria Aurora Silva.

¹⁸⁶ Referindo-se, de um modo geral, a actividades prescritas por outros/as profissionais da equipa multidisciplinar de saúde, a narradora defendia a designação de “actividades complementares” e não aquela.

¹⁸⁷ Resiliência expressa a capacidade de superar crises, sendo uma das condições fundamentais à gestão da mudança organizacional, na perspectiva de alguns/as autores/as (Robbins, 1998).

Para além das narradoras referenciadas, nesta secção, as enfermeiras Carvalho Martins e Sintra participaram activamente na criação da Ordem dos Enfermeiros, embora esta temática não fosse substancialmente desenvolvida, como já referimos. Prosseguindo a desocultação da agência, urge que se revisitem outros domínios profissionais.

2.2.2. “Senti que precisava de saber mais!”

Conhecimento actualizado em diferentes domínios das ciências constitui um eixo estruturante da acção das nossas narradoras, independentemente das áreas de intervenção em enfermagem. Esta perspectiva emergiu como condição imprescindível a toda e qualquer intervenção em enfermagem, de forma absolutamente unânime. Razão pela qual, provavelmente, não só diligenciaram condições para que elas próprias se mantivessem actualizadas, como investiram solidamente na criação de condições ao colectivo de enfermeiros/as, em geral, e os/as colaboradores/as, em particular, como se pode constatar em diferentes agências. Deste modo, contribuíram para a consumação de rupturas profundas com as concepções de enfermagem dominantes, estribadas em atributos associados à suposta “natureza feminina”. Contudo, com a mesma veemência com que investiram na aprendizagem ao longo da vida, se contrapuseram inúmeros constrangimentos, nomeadamente através de políticas de formação minimalistas, redutoras e centralizadas.

Focando o olhar sobre os discursos inerentes às suas vidas, constata-se que as dificuldades e constrangimentos não os atravessaram de forma linear e uniforme. Traduzem, antes, especificidades resultantes da conjugação de diversos factores político-ideológicos e sociais em mudança. Assim, as enfermeiras Maria Francisca Soares e Sintra não expressaram dificuldades pessoais. A primeira, por inerência às funções docentes na ETE, aproveitou as oportunidades conferidas pela política de formação da instituição. Usufruindo de uma das bolsas atribuídas anualmente a docentes de enfermagem, fez uma formação de nível superior, nos EUA. Para além da actualização, a possibilidade de realizarem um “tronco comum” a outras formações superiores, fortalecia a identidade profissional, deste colectivo.

(...) todos os anos eram atribuídos bolsas (...)para irem fazer formação aos EUA. Também beneficiei destas condições. Desloquei-me a este país, por um período de cerca de dois anos, para estudar “Ensino e Administração”, numa universidade americana. Aí, estudei com jovens que estavam a fazer outras

licenciaturas e tínhamos algumas disciplinas comuns, o que era muito interessante e nos fazia sentir “mais importantes (HV 3).

Não podemos esquecer que esta política promotora da formação permanente era, praticamente, exclusiva da ETE, com apoio da FR (HV3). Assim, as outras realidades evidenciadas assumiram expressões bem diferentes. Em relação à enfermeira Carvalho Martins, importa relembrar que, embora tenha realizado o curso numa das escolas consideradas de referência, tratava-se de um dos primeiros, então, organizados. No início dos anos quarenta, confrontada com a prática de cuidados, sentiu que precisava de “saber mais”. Não dispondo de estruturas compatíveis com a necessidade sentida, restava-lhe o estrangeiro:

Quando comecei a trabalhar, senti que me faltava qualquer coisa, não conseguia dizer o quê, mas sentia que precisava de saber mais! Daí a necessidade de conhecer o que se passava na enfermagem, noutros países. Aqui, não havia nada! (HV1)

Paradoxalmente, enquanto aguardavam a sua vez para participar nas eleições do Estado de Salazar, entidade nada interessada na educação (sobretudo de mulheres), e avessa à influência estrangeira, forjava com uma amiga a sua primeira incursão de acesso à enfermagem europeia:

Um dia, estava na fila para votar para as eleições presidenciais, do Salazar e do Marechal Carmona, com uma colega (...). Disse-lhe que gostava de saber mais enfermagem, gostava de saber mais coisas, estar mais preparada. E se fôssemos fazer uma coisa ao estrangeiro, de cerca de dois ou três meses? Disse-lhe eu.

Ela gostou muito da ideia. Era uma rapariga muito culta. Escreveu para a Suíça, França e Bélgica. Deram-nos resposta e optámos por ir para uma clínica na Bélgica, onde fizemos um estágio de três meses (HV1).

Horários pesados e um curso não reconhecido constituíam algumas notas ‘soltas’ de uma “vida muito difícil”:

Aí [Bélgica] reconheceram os nossos cursos como auxiliares de enfermagem. Fizemos estágio em pediatria, cirurgia torácica... Trabalhávamos muito, cerca de doze horas por dia e só tínhamos folga de quinze em quinze dias, por exemplo, de sábado à tarde até domingo à noite. Nesse período, aproveitávamos para conhecer a Bélgica. A vida era muito difícil (HV1).

Em todas as oportunidades que teve, mesmo na qualidade de acompanhante de uma familiar sujeita a tratamentos no estrangeiro, desenvolveu diligências, moveu influências, tendo conseguido estagiar, por exemplo, nos EUA. Esta apetência pelo saber absolutamente incompreendida nos serviços¹⁸⁸, teve alguns custos,

¹⁸⁸ Esta “incompreensão” pela necessidade de as pessoas “saberem mais”, constituía uma estratégia generalizada do Salazarismo. Como desenvolvemos no capítulo III, consubstanciou-se, por exemplo, na diminuição da escolaridade obrigatória e no encerramento dos Magistério, entre outros (Araújo, 2000; Cortesão, 2000).

nomeadamente o emprego. Apesar disso, foi construindo o seu percurso que culminou com a realização do Bacharelato em Enfermagem, no Canadá, em plenos anos cinquenta, trinta anos antes de se vislumbrar essa possibilidade, em Portugal. Numa desenvoltura inusitada, procedeu a contactos diversos com instituições profissionais e de saúde, nesse país, de modo a assegurar condições que lhe permitissem o auto-financiamento do curso, pois, não teve qualquer apoio:

(...) em meados dos anos cinquenta, vi o programa de um bacharelato no Canadá e pensei: se eu fosse lá? Sei tão pouco de enfermagem! Escrevi para lá e disseram-me para mandar o curriculum, que tinha que ser reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros do Canadá (...)
Fui para o Canadá fazer o curso, que era pago e eu sem bolsa. Tive, pois, que trabalhar. Não havia condições económicas para ser de outra forma. (...) Aceitaram-me a trabalhar em *part-time*. Ganhava para pagar o curso onde tinha sido admitida. O curso funcionava de manhã, e de tarde num hospital de religiosas, muito bonito, onde fiquei hospedada. Entrava às 6 da tarde e saía às 11 da noite. Ao sábado, entrava às 16 e saía às 23 horas, fazia mais horas porque não tinha aulas. O que eu aguentei! A estudar e tudo...
O Curso de Bacharelato em Ciências de Enfermagem era realizado na Universidade de Montreal. Fiz lá o 6º e 7º ano¹⁸⁹, para poder fazer o Bacharelato.
Custou-me muito fazer sobretudo filosofia, expressar os pensamentos em francês custava um bocado, mas enfim, passei! (HV1)

Tudo expressou com um rosto sereno, marcado por um sorriso nos lábios, atraídos pela tristeza espelhada no olhar, face às condições profundamente desiguais de acesso à formação ao longo da vida, entre enfermeiras portuguesas. De regresso, desenvolveu esforços para que outras colegas e ex-alunos/as prosseguissem na mesma senda, mas com condições mais favoráveis. Era a voz da sororidade feminina. Mais tarde, através da liderança de uma das organizações profissionais, dinamizou a formação contínua em enfermagem, em diversos domínios, com ênfase nos cuidados paliativos, investigação e Processo de Enfermagem (HV1).

Em relação à enfermeira Maria Diogo, constatou-se que mesmo afastada da profissão, por razões políticas, procurou manter-se actualizada. Neste âmbito, urge realçar as similitudes de princípios entre a narradora e a enfermeira Aurora Silva. Confrontadas com um interregno, a actualização constituiu a condição primeira, auto-imposta, ao re/assumir da prestação de cuidados de enfermagem:

Retomar a vida profissional, e isto estava claro para mim, significava reaprender enfermagem para, de novo, poder assumir a responsabilidade de prestar cuidados. Era o meu objectivo primeiro (HV6).

¹⁸⁹ Correspondem respectivamente aos 10º e 11º ano.

Face a “portas que se cerraram”, forjaram a ‘abertura’ de outras. A enfermeira Maria Diogo, movendo influências políticas, conseguiu fazer uma “espécie” de estágio no IPO, antes de iniciar funções:

Depois de estar presa quatro anos, sem acesso a bibliografia actualizada e estar mais um ano na província sem exercer a profissão, sentia-me profissionalmente desactualizada. Durante esse ano, que me mantive na província, ainda contactei com uma colega minha de curso, monitora na Escola de Enfermagem Artur Ravarra, para me mandar tudo que houvesse de mais actualizado, mas nunca o fez porque teve medo. Encontrei-a mais tarde, pediu-me desculpa, quase a chorar, estava arrependida.

Quando cheguei a Lisboa, expus a situação ao Dr. Baptista de Sousa, era um médico de esquerda. Disse-me que directamente não podia fazer nada, mas iria falar com o Prof. Gentil Martins. Consegui, assim, fazer uma espécie de estágio de três meses, no IPO (HV2).

Apesar das dificuldades em se re/empregar e com o reingresso à função pública politicamente vedado, estava determinada em prosseguir a sua carreira. Mesmo tendo sido vítima de opressão política, não hesitou em confrontar abertamente o Director Clínico, com as recusas sucessivas à sua integração no CIM:

Queria evoluir profissionalmente, não ia ficar na clínica a vida toda. (...) um dia, estavam em reunião, bati à porta, mandei chamar o Dr. Constantino Esteves, que era o Director do serviço de Pediatria, e perguntei-lhe quais eram as razões para me terem rejeitado nas três vezes que concorri (HV2).

A verdade é que foi admitida e prosseguiu a sua vida profissional:

Fui admitida e fiz o Curso no Instituto Maternal (CIM) (HV2).

As vivências da enfermeira Maria Aurora Silva integram-se no pós 25 de Abril. Em função das aprendizagens que a “escola da vida” lhe tinha proporcionado, optava pelo ‘cenário’ que lhe parecia ser mais exequível ao reingresso profissional, os Cuidados de Saúde Primários. Após ouvir a opinião de uma amiga, decidiu procurar a enfermeira responsável pela área no distrito, mas a incomunicabilidade instalou-se:

Deparei-me, não com uma entrevista, mas com um monólogo quebrado por *“preencha esta ficha, fico com os seus dados, se houver uma vaga será contactada”*. (...) Ficou-me a noção de que estive a falar numa linguagem que a enfermeira mais responsável do distrito nada compreendeu do que lhe procurei explicar. Só isto poderia explicar o seu comportamento! A revolta e a incompreensão instalaram-se em mim. Dei conta de que, o que para mim era básico, não existia. Eu não queria uma vaga para entrar! Queria fazer um percurso de reaprendizagem de enfermagem, antes de assumir a responsabilidade da prestação directa de cuidados, que entendo como direito dos cidadãos, dever ser de excelência (HV6).

Viveu um momento difícil, “muito duro”, nas suas palavras. Procurava um espaço-momento para reaprender enfermagem e a enfermeira responsável refugiava-se em questões meramente administrativas:

Passei umas “horinhas” à beira rio olhando o infinito, onde o céu e o mar se confundem. Era como se procurasse identificar, nessa distância, o que senti

com quem, enfermeira como eu, tão distante tomou a profissão, da qual nunca falou. Como era possível não ter colocado uma única pergunta, no sentido de procurar compreender o que lhe dizia? Como era possível, desta forma, ser a enfermeira mais responsável do distrito? Porque se procurava nos instrumentos administrativos, o que não eram procedimentos administrativos, mas sim opções de enfermagem? (...) Foi um momento muito duro (HV6).

À partida, tinha excluído os grandes hospitais dos cenários traçados, mas, depois de várias tentativas vãs, no seio das amizades reatadas, sente a força necessária para procurar a Direcção de Enfermagem do “seu hospital” de origem. Finalmente, ouvia o que tanto esperava:

“fique descansada que terá o tempo que precisar para a sua reintegração”
(HV6).

Porém, os quadros conceptuais e ideológicos, em que a narradora e a chefe estribavam o exercício profissional, situavam-se em planos absolutamente paralelos:

Eu era enfermeira e, para ela, qualquer enfermeira sabia fazer higiene aos doentes, preparar e administrar a terapêutica. Rapidamente compreendi que estávamos em registos diferentes sobre a essência dos cuidados de enfermagem e qualquer explicação não era entendida. Falávamos de “duas enfermagens”. Uma, cuja finalidade era garantir o trabalho de enfermagem, que de acordo com as condições existentes se resumia a “fazer as coisas”. A outra, em que era e é preciso pensar o que fazer e como fazer, tendo por base aquela pessoa a quem prestamos cuidados. Para esta enfermagem, é preciso ter capacidade para decidir sobre o que se faz ou não faz e fundamentar a decisão em função do que é mais importante para aquele a quem cuidamos (HV6).

Para além do que foi dito e debatido, há dois pontos a reter: a admirável forma como explica algo complexo, que é a enfermagem, sem beliscar essa complexidade e a capacidade de transformar momentos de crise em oportunidades de mudança:

(...) Reflecti, mais tarde, com a minha amiga. Das nossas reflexões, ficava-nos a certeza de que valia a pena pensar e repensar o que fazer e como fazer para que a enfermagem fosse o que desejávamos (HV6).

Do primeiro momento, realça a necessidade da integração profissional como garante do nível de qualidade dos cuidados:

Esta vivência reforçou, posteriormente, o meu empenhamento no que respeita à necessidade de um tempo de integração para todos os enfermeiros que ingressam numa organização de saúde. É uma questão básica para salvaguarda dos cuidados a que os utentes têm direito (HV6).

Do segundo, traça com clareza um quadro de “domesticidade” dos cuidados, defendido pela chefe, com o qual, por si e pela profissão, estava decida a não pactuar, como se pode constatar em secções seguintes (ver. 2.2.4):

O conforto da véspera transformou-se em desconforto. Todavia, foi um importante momento de reflexão centrada no confronto entre o que era o meu entendimento da profissão e de “ser enfermeira” e o que as organizações

esperavam desses mesmos enfermeiros. Percebi que estava a (re)entrar num mundo onde a prestação de cuidados parecia ser coisa simples, para a qual bastava interiorizar rotinas e estariam assegurados “bons” cuidados de enfermagem. Prevalencia uma concepção de produção industrial, em que cumprir horários e ter os doentes e a enfermagem arranjada constituiriam os objectivos do nosso trabalho e que não era, de todo, isto que eu queria para mim e para a profissão (HV6).

As dificuldades expressas por outras narradoras, concretamente Correia Santos e Dali, tinham como tónica principal a centralização das políticas de formação inter cruzada com perspectiva familiar, como já referimos. Foi algo que atravessou os finais dos anos sessenta até quase oitenta. E se a formação foi atravessada pelo controlo e regulação dos corpos, importa desocultar a oposição, bem como a filtragem desses poderes.

2.2.3. Resgatando a vida privada das enfermeiras: “sempre respeitei a vida privada dos outros e exigi o mesmo com a minha”

O regime salazarista com base em “falsas moralidades” encarregou-se de re/criar condições cruciais para o reforço da subordinação das mulheres no espaço público. Não estava em jogo a preocupação com o que a enfermeira deveria ‘saber fazer’, mas com o que deveria ser no estrito plano da falsa moralidade. Mas, também neste domínio, algumas narradoras desafiaram poderes instituídos, quer como alunas, quer como profissionais.

A enfermeira Correia Santos lembrou o seu ingresso numa escola exclusivamente feminina com o lar integrado, mas nem isso as impedia de “pisar o olho”, só que a alunos de medicina, no processo da descoberta reprimida dos corpos e da sensualidade:

Entre numa escola de enfermagem, mas de novo feminino e com um lar acoplado! Estávamos no início dos anos sessenta. É engraçado, porque não convivíamos com alunos, homens, de enfermagem, mas convivíamos com os de medicina. Havia muitas aulas práticas e, aí, tínhamos os nossos “pisar de olho” e estabelecíamos alguma relação com estudantes da medicina, ainda que distanciada. Até porque se tratava de relações entre estudantes de medicina e estudantes de enfermagem (HV5).

Paradoxalmente, quando se pretendia a construção social das enfermeiras à semelhança da “virgem pura e santa” isolando-a do mundo, por esta via, criavam-se condições que reforçavam a “má” reputação social das enfermeiras nas suas relações com os médicos.

No entanto, e apesar disto, algumas das nossas narradoras, a partir da mobilização de saberes e conhecimentos veiculados basicamente na formação no

âmbito da saúde mental aproveitaram e desafiaram a “margem local” para fazer a diferença, como refere a enfermeira Sintra:

Permitíamos que tudo acontecesse, desde que não perturbasse a relação no interior da escola. Predominava uma forma de ser e estar diferente, influenciada pela saúde mental que nos deu abertura, abrangência e aceitação das pessoas, enquanto tal. Mas a atitude assumida por nós não era comum às outras escolas (HV4).

Não estando em questão desempenho escolar ou profissional, mas antes regras e “normas” de conduta que, mesmo não estando formalizadas institucionalmente, gozavam de similar estatuto no controlo e regulação das suas vidas privadas de alunas, professoras e funcionárias, não podia pactuar com elas. Esta atitude representa uma dupla contestação: à invasão por parte do estado da esfera privada das mulheres e à desvalorização de saberes, conhecimentos e habilidades subjacentes ao exercício profissional. Tratou-se de trazer para o centro da decisão, o que era absolutamente periférico para o sistema político e de formação. O respeito pela vida pessoal dos/as outros/as e pela sua própria constituíram princípios inalienáveis:

Era o jogo do “faz de conta” e a tentativa de dominar o espaço privado, que sempre me incomodaram! Sempre respeitei a vida privada dos outros, e exigi que fizessem o mesmo, em relação à minha (HV4).

Contribuía para a subversão dos poderes dominantes. Assim, para além de ter promovido uma cultura de escola assente nos princípios enunciados, como directora da escola orgulha-se de não ter hesitado em violar essas normas pré-estabelecidas. Convocou duas situações que o expressam: a criação de condições para que uma aluna grávida pudesse acabar o curso e de uma funcionária que admitiu com uma filha de um homem casado:

À época, aluna solteira grávida era motivo para chumbar e até ser excluída. Tive uma aluna que engravidou e veio dizer-me. Era boa aluna, não era por isso que não ia fazer o ano. Pensei “quando tiver a criança já tem o curso”, mas, para isso, precisava de ser a primeira a fazer as provas. Alguém tinha que assumir a responsabilidade. Assumi-a sabendo que estava a contrariar as normas pré-estabelecidas, que não estando escritas, conheciam-se bem. Antecipei os exames dela. Passou. É enfermeira e quando a criança nasceu deu-lhe o meu nome. Tenho muito orgulho nisso!

(...) outro caso. À época, as admissões de pessoal não eram efectuadas por concurso. Precisávamos de uma funcionária e uma das interessadas no lugar disse-me:

- Sabe, tive uma vida pessoal difícil. Tenho uma filha de um homem com quem não pude casar.

Respondi-lhe:

- A sua vida privada não me interessa, tem é que cumprir no trabalho.

Hoje, tenho nela uma amiga (HV4).



Aqui, há ainda a destacar a sororidade feminina, já referenciada, pois, de contrário, estas mulheres teriam a situação ainda mais dificultada para educar as filhas que ao que parecia tinham vindo ao mundo como “filhas do pecado” e, por tal, da exclusiva responsabilidade das suas mães.

2.2.4. Nos contextos de trabalho: “aproveitar a margem da diferença”

Embora grande parte dos acontecimentos de vida das narradoras tenha decorrido num contexto de marcada separação (hierarquizada) entre as funções na área docente e na prestação de cuidados (mantendo-se no seio dos últimos a polarização gestão/prestação), consubstanciada pelas palavras de algumas narradoras (HV2, HV3; HV4, HV5, HV6), pelas políticas de formação e pela carreira de enfermagem, esta realidade tem vindo a alterar-se. Em nossa perspectiva, a assumpção efectiva dessa complementaridade constitui uma questão política, estruturante do desenvolvimento profissional.

Neste sentido, optou-se por abordar, na mesma secção, a agência desenvolvida pelas narradoras em relação aos variados contextos de trabalho, onde rentabilizaram a curta, mas valiosa margem de acção, descoberta a partir da reflexão sobre a *praxis*. Trata-se de fazer emergir a acção transformadora tendo por base a resolução de problemas concretos do quotidiano de trabalho. Por razões que se prendem com a provável dificuldade acrescida que rodeou a intervenção no contexto do exercício profissional, à época, sobretudo no domínio da prática de cuidados, mas também com a organização e sistematização do texto integra-se de seguida a interpretação relativa ao último domínio enunciado e, posteriormente, a agência na docência.

- **O “cuidar” em enfermagem no centro do empoderamento e da agência**

A acção transformadora do contexto das práticas emerge primordialmente dos discursos das enfermeiras Carvalho Martins, Maria Diogo, Maria Aurora Silva e Dali.

Estribadas na “essência de enfermagem” (HV6), o cuidar, e nos conhecimentos, habilidades e competências que lhe estão subjacentes, contextualizados no tempo e no espaço, procuraram maximizar rupturas com a desumanização dos cuidados, com práticas baseadas em ideologias e concepções redutoras da profissão (mesmo no seu interior), com a precariedade de recursos existentes e

com poderes instituídos. Contribuíram para mudanças profundas nos cuidados de enfermagem e noutras situações em que essas transformações não foram possíveis, também não pactuaram com o *status quo*, como adiante veremos.

Indignadas e impotentes face a algumas orientações políticas, à profunda desumanização dos serviços, à injustiça social e à incompetência profissional dos seus superiores hierárquicos, as enfermeiras Carvalho Martins e Dali procuraram as alternativas possíveis para não contemporizar com a situação. As opções incidiram entre o afastamento e a recusa em assumir determinados cargos ou funções que assentavam no desrespeito pessoal e profissional. Constituía, assim, decisões conscientes e arrojadas e não de passividade, com que, por vezes, de forma aligeirada se conotam os silêncios e os abandonos de funções (Lewis, 1993).

A demissão foi, por exemplo, a alternativa que a enfermeira Carvalho Martins encontrou face à desumanização imposta aos/às doentes tuberculosos, um dos flagelos da época:

Lá fui trabalhar para as Caixas de Previdência, onde estive três anos, até finais da década de quarenta. Saí, porque a grande maioria dos doentes eram sífilíticos e tuberculosos e tinha saído uma nota superior do Ministério do Interior ordenando a suspensão terapêutica às pessoas com análise positiva para o Bacilo de Koch. Suspendia-se a medicação ao doente - a vitamina C e o cálcio -, que era a grande esperança deles, embora não fizesse grande coisa.

Era jovem...

Esta situação impressionou-me muito. Não era capaz de dizer aos doentes que se fossem embora, que não lhes faria tratamento algum.

Fui-me embora (HV1).

Importa relembrar que se estava no auge do regime salazarista, sendo que os hospitais se constituíam numa das mais significativas entidades empregadoras de enfermagem, o curso da narradora não era reconhecido a esse nível (HV1). Assim, embora as possibilidades de emprego fossem mais limitadas, mas isso não a impediu de recusar.

Também a enfermeira Dali se viu obrigada a pedir transferência de serviço, com a agravante da irresponsabilidade profissional face a mulheres, crianças e suas famílias, decorrer do pós revolução, quando a democracia e a justiça social constituíam lemas ironicamente estridentes:

(...) assisti a coisas de grande irresponsabilidade e imoralidade! Do género de haver um único obstetra e um médico anestesista, sendo que um fazia um horário e o outro fazia o horário seguinte. Assim, nunca havia assistência na Maternidade, porque: se havia cirurgião, não havia anestesia; e se havia anestesia, não havia cirurgião. Nunca se juntavam os dois. Como era só um, não podia estar 24 horas e, portanto, ainda estava mais confortável. Estavam sempre em casa, confortáveis e sem trabalho. Era um monopólio. (...) Os

conflitos e as injustiças que criaram com tanta pobreza que havia no distrito, na altura, de 1977 a 1979. (...) Morreu muita criança e outros são, hoje, adultos deficientes, com cerca de trinta anos, ou já morreram. Eram mulheres maltratadas, o que não doía a ninguém. (...) Era a injustiça social que estava ali, a olho nu, e que ninguém assumia! Isto pesou-me. Pesou-me, ao ponto de, ao fim de três anos, querer sair. Não aguentava aquilo! Tinha discussões terríveis com os médicos. Ia para o telefone e dizia-lhes de caras, tudo isto que estou aqui a dizer (HV7).

A contestação aberta e/ou incumprimento de normas de serviço e ordens de superiores hierárquicos quando estava em causa a saúde de beneficiários ou a dignidade profissional foram amplamente referenciadas por várias narradoras, em diversos períodos e contextos.

Por exemplo, a enfermeira Carvalho Martins recusou-se determinantemente a cumprir ordens estribadas numa mera visão economicista e que punha em risco a saúde, neste caso, de crianças:

(...) tive alguns problemas. Havia, nesse tempo, alguma luta entre enfermeiras e assistentes sociais. Hierarquicamente estavam elas e, depois, é que estávamos nós. Nos Centros de Saúde, não era assim, mas ali era.

De manhã, colaborava na realização dos pneumotorax(s) e administrava injeções. À tarde visitava, nas casas, os doentes que já não podiam ir aos serviços, administrava injeções, conversava e ouvia-os ...

Ora, a assistente social queria que, à tarde, fosse trabalhar para a creche.

Disse-lhe:

- Então! Estou a trabalhar com doentes tuberculosos e à tarde vou para a creche? Que é isto? Não, não vou, não! Com a mesma bata e tudo! É muito perigoso para as crianças. Elas não têm a mesma resistência que nós! (HV1)

Do mesmo maneira, recusou-se a assumir a gestão de serviços de enfermagem, por alegadamente o director da instituição conferir a essas funções um cariz de "policiamento":

-Tenho muita pena, Sr. Director, mas não sou polícia! Sou Enfermeira, peço desculpa, mas multas não sei dar! (HV1)

Estava-se nos anos cinquenta e este episódio enquadra-se na procura de emprego decorrente da sua demissão, após um período de formação no estrangeiro. É de referir que o director re/equacionou a situação, tendo a narradora vindo a desempenhar cargos de gestão de elevada responsabilidade institucional.

Urge salientar o enfoque dado pelas enfermeiras Correia Santos e Dali à refutação de práticas de subalternização de enfermagem expressas e veiculadas por diferentes processos e meios, a maioria das quais foi colectivamente ultrapassada.

Estava-se no pós 25 de Abril, e persistia a precariedade eminente e avassaladora dos serviços. Neste contexto, importa centrarmo-nos sobre complexos e

profundos processos de mudança liderados pelas enfermeiras Maria Diogo e Maria Aurora Silva.

A enfermeira Maria Diogo, de forma concisa e transparente, fez emergir a gravidade da situação em que se encontrava o serviço de prematuras que estava a coordenar. As especificidades na organização e funcionamento, na sua generalidade, a precariedade de estruturas físicas, a chefia clínica de natureza predominantemente 'paternal' e a elevada morbi-mortalidade compunham o cenário traçado. Valorizando a experiência profissional da equipa de enfermagem, apontava outros domínios que urgia desenvolver. A actuação rotineira, a insuficiência de conhecimentos e de competências técnicas e sócio-relacionais, a atitude de uma enfermeira que mantinha o "monopólio" da administração de terapêutica endovenosa e a supervisão clínica dos cuidados prestados por outros elementos da equipa sob a responsabilidade da enfermagem constituíam alguns dos problemas/necessidades que se perfilavam com prioridade máxima:

As enfermeiras do meu serviço tinham uma idade bastante avançada, trabalhavam há anos seguidos, sempre as mesmas, a cuidar os meninos da mesma forma. Tinham uma inegável experiência profissional, mas poucos conhecimentos científicos. As enfermeiras faziam horários diferentes de toda a gente. Havia, até, uma enfermeira graduada sem horário [pré-estabelecido], porque era a única que sabia punccionar, mas não ensinava ninguém. Vinha ao serviço sempre que era necessário e ia-se embora. (...) talvez não fosse essa a sua intenção, mas tornou-se imprescindível ao serviço, de tal modo, que nem o Director do serviço lhe dizia nada. Era muito simpático, contava muitas anedotas, e tratava-nos de "filha". Parecia um pai! Como pediatra não me pronuncio.

(...) O serviço era pequeno e apresentava aspectos [de funcionamento] e problemas muito próprios. (...) A taxa de mortalidade era muito elevada. Havia muitos problemas estruturais, representando riscos acrescidos no domínio das infecções hospitalares. Portanto, ninguém entrava lá, nem as enfermeiras de ronda, nem os pais das crianças.(...) (HV2).

Depois de uma análise crítica e sustentada da situação dos cuidados, percebeu a curta margem de acção que restava:

No estudo final que fiz no curso, debrucei-me, exactamente, sobre a *Relação Mãe-Criança*, portanto todas estas questões estavam muito presentes. Percebi que as condições eram muito constrangedoras, mas desenhavam-se também, alguns, ainda que poucos, factores favoráveis à mudança (HV2).

Como refere, transformações de fundo impunham um conjunto intervenções de foro interdisciplinar. Para além do apoio de metodologias de investigação subjacente à análise de situação, imperava a articulação entre o cuidar, a gestão e a formação:

Foi preciso intervir em várias frentes: na formação com enfermeiras e empregadas, no ensino às mães e na organização e funcionamento do serviço (HV2)

A mudança organizacional decorre na interface com a resistência à mesma (Robbins, 1998; Ferreira, et al 2001). Obviamente, que os constrangimentos, as oposições e as incertezas foram muitas. Era importante gerir o processo com determinação, tendo por base a especificidade e a evidência possível dos factos, pelo que a supervisão directa e indirecta dos cuidados constituiu uma das estratégias de eleição:

(...) uma chefe, também, não se pode deixar influenciar pelo que lhe vêm contar, tem outras formas de saber (HV2).

Deparou-se, assim, com diversos momentos de crise, consubstanciados por pedidos de transferência, explicação de um episódio de provável intercorrência respiratória que atingiu dois bebés, entre outros. O apoio incondicional da coordenadora de curso, entretanto concluído, foi securizante. Neste sentido, tal como outras narradoras referiram, na prática, houve cooperação entre profissionais da área da docência e do exercício. Liderou um projecto que apelida de sua “grande coroa de glória”:

Depois, tudo isso foi vencido e as coisas foram evoluindo. (...) Foi o primeiro hospital, neste grande centro urbano, em que os pais puderam entrar para verem os meninos prematuros. Foi a minha “grande coroa de glória” (HV2).

O seu serviço era, assim, pioneiro na abertura ao acompanhamento de crianças prematuras pelos pais, num dos maiores centros urbanos do país!

Outro aspecto que importa realçar da narrativa da enfermeira Maria Diogo é a sua abertura a críticas e sugestões de beneficiários/as, profissionais, formandos/as, tendo sistematicamente em vista a melhoria da qualidade dos cuidados:

Também contribuíram muito favoravelmente para o desenvolvimento do serviço, os alunos em estágio. (...) Era, pois, importante conhecer os objectivos de estágio e, simultaneamente e em articulação, analisarem-se as possibilidades de desenvolvimento de actividades que respondessem às necessidades de serviço. Depois, no final, pedia-lhes a avaliação e que me dessem sugestões para o serviço, porque nós estávamos sempre ali, e muitas das coisas tornavam-se rotinas. Eram “outros olhos a verem” (...) Neste sentido, foram apresentadas sugestões muito interessantes e pertinentes. (...) Introduzi muitas medidas para melhorar os cuidados de saúde a partir da avaliação, das críticas ao serviço e das soluções propostas (HV2).

Mais uma vez, foi referida a cooperação em percursos formativos, assente em enraizar a aprendizagem nos contextos de trabalho, isto é, procurando-se a articulação entre os projectos da instituição e da formação, com mais-valias para ambas as partes. O facto de se incitar os/as formandos/as a apreciações críticas e a apresentarem sugestões, integrando-as nos projectos e planos das instituições, constituem formas efectivas de formar para a cidadania.

Retomando a experiência da enfermeira Maria Aurora Silva, agora no contexto profissional, salienta-se a sua rápida percepção da persistência de princípios e práticas vigentes, sensivelmente, há dez anos. A organização de cuidados assente no método funcional e a centralidade no cumprimento de tarefas rotineiras e de cariz administrativo conferiam solidez a um sistema que teimava em funcionar na base da dicotomia entre chefias e prestadores, ou melhor, 'executores' de cuidados:

Não foi necessário muito tempo para me aperceber que, tanto a organização do trabalho das enfermeiras, estruturada com base em rotinas instituídas, como a prestação de cuidados e as tarefas administrativas subjacentes (requisição de roupa, da farmácia, do material) pouco tinham mudado, nestes dez anos. A carga de trabalho administrativo era elevadíssima (...) em contrapartida, a tomada de decisão sobre os cuidados era reduzida (...) Apenas o cumprimento das rotinas era objecto de discussão, mantendo afastados dois mundos: o da gestão e o da prestação de cuidados. Mantinha-se, pois, a distância entre quem chefiava e quem prestava cuidados (HV6).

Como refere Honoré (2004), pensar os cuidados implica, para além de condições pessoais, outras relacionadas com o meio e com a organização. É necessário que as organizações se comprometam com a criação de condições propícias a esse pensar. Neste sentido, a narradora, na esteira de Walter Hesbeen (2000), salientou a incomensurabilidade gerada e o subaproveitamento quer das potencialidades dos/profissionais de enfermagem em agir com base nas expectativas, desejos e necessidades dos/as beneficiários/as de cuidados, quer de recursos existentes, inerentes à referida dicotomização:

Claro que, tal como nos diz Hesbeen, esta separação conduzia a desperdícios, tanto dos talentos dos que cuidavam, como de recursos existentes. Chefia e prestadores de cuidados pareciam não falar a mesma língua. Por vezes, e em determinadas situações, o vocabulário até era o mesmo, mas representava coisas diferentes, cavando fossos mais profundos, gerando incompreensões e adormecendo motivações (HV6).

Prossegue, dando conta do percurso efectuado de modo a reunir condições necessárias em ordem à mudança que se impunha, tendo por base o seu entendimento da profissão. Foi construindo o seu próprio caminho partindo: i) de pressupostos elementares veiculados na formação inicial, com ênfase na autonomia dos doentes e no envolvimento activo da família; ii) da recomposição de saberes e conhecimentos subjacentes ao processo de autoformação desenvolvido em torno do processo de enfermagem e das especificidades de cuidados inerentes a cada doente dos diversos foros clínicos; iii) e da re/apropriação de competências técnicas e sócio-relacionais:

As enfermeiras mais jovens falavam-me em “processo de enfermagem”, para de seguida acrescentarem: “são teorias da escola”. Não compreendia isto. Procurei documentação sobre o assunto. Enquanto no serviço consultava e analisava o processo dos doentes, em casa, estudava tudo o que se relacionava com os cuidados aos doentes, nomeadamente do foro hematológico, cardio-respiratório, neurológico. Da formação inicial relembra a promoção máxima da autonomia dos doentes, que a Enfermeira Sales Luís tão bem soube passar, assim como a importância do diálogo e apoio à família veiculados pela enfermeira Pedroso, no estágio de saúde pública. Progressivamente, fui adquirindo confiança na relação com os doentes e familiares e, ao mesmo tempo, ia “retomando a mão” no que se referia às técnicas (HV6).

Com uma enorme “capacidade de se indignar” (Hesbeen, 2000: 122), que entronca no respeito e na abertura à *maravilha do outro*, recusou-se contribuir para a alienação humana, tanto de beneficiários/as como de prestadores/as de cuidados:

Neste processo, escandalizei-me com cinco aspectos: o não respeito pela intimidade das doentes, nomeadamente, aquando da higiene, pois não existiam, nem cortinas, nem biombos; a preparação de terapêutica através de cartões, cuja identificação do doente se restringia ao número da cama; o não falar com as visitas, porque isso era criar maus hábitos; as doentes em macas, no chão; e a chamada de atenção, por parte da enfermeira chefe, na enfermaria e aos gritos (HV6).

Partindo do que a ‘vida lhe ensinou’, procurou novas inteligibilidades para o cuidar em enfermagem naquele serviço concreto, consubstanciadas num referente próprio:

Chegada de uma outra realidade, permiti-me questionar a forma de valorizar o nosso trabalho naquele contexto concreto, estruturada com base: no que entendia serem as expectativas dos doentes em relação à enfermagem; na necessidade de definir prioridades de trabalho; no que me parecia ser o papel da enfermeira-chefe; e nas condições mínimas de trabalho para que os cuidados de enfermagem prestados não ficassem comprometidos (HV6).

Estava em jogo a compreensão profunda das especificidades das práticas de enfermagem naquele serviço, conducente à descoberta de novas eficiências e sentidos para os cuidados de enfermagem e para os elementos que participam na sua construção (Collière, 1986):

Do estudo individual sobre processo de enfermagem (PE), nomeadamente, no que decorria da bibliografia consultada, percebi que estava perante um instrumento que tinha por finalidade assegurar cuidados de enfermagem individualizados, o que me parecia, também, ser incompatível com o trabalho organizado por tarefas. Por outro lado, este esforço permitiu-me criar pontes de diálogo com as colegas sobre a forma como organizávamos o nosso trabalho e, em simultâneo, desconstruir não só o sentido apreendido na escola, como também a forma mecânica como era aplicado.

A escassez de recursos era apontada como razão para a não aplicação do PE, constituindo-se, assim, também um factor de desmotivação para se pensar no que se fazia. Então, fomos aproveitando todos os pequenos momentos, quando tomávamos o café, ao almoço, depois de sairmos, para conversar e pensar, com quase toda a equipa, sobre a essência dos cuidados e sobre o PE

como instrumento para desenvolver e melhorar esses mesmos cuidados, naquele contexto concreto (HV6).

As palavras da narradora encerram uma crítica severa à forma como o processo de enfermagem (PE) foi abordado pelas escolas e aplicado nos serviços, não permitindo, de um modo geral, que alunos/as e profissionais percebessem o seu fim último: constituir-se um instrumento fundamental à prestação, de forma profissional e científica, de cuidados personalizados.

Neste contexto, é de referir a relevância dada por algumas narradoras, por exemplo, Carvalho Martins, Maria Diogo, Correia Santos, Dali ao PE, no repensar das práticas. A enfermeira Dali foca o recentramento na reflexão sobre as práticas através da discussão de casos e da reformulação das passagens de turno.

Retomando as palavras da enfermeira Maria Aurora Silva, constata-se que, a partir, de um trabalho de auto-formação, parte à descoberta, não só do fim último do PE, como das exigências de condições organizacionais (na perspectiva da gestão de cuidados, de recursos humanos e matérias) que estão subjacentes as práticas desenvolvidas nessa lógica.

Perante novas inteligibilidades, foi conformando possibilidades de transformação da ordem estabelecida. Reflectiu com os/as colegas sobre as descobertas e juntos/as, maximizando recursos, re/construíam os sentidos e práticas de enfermagem naquele serviço. Os princípios estruturantes enunciados, sem nunca a tal fazerem referência, revelam a interpenetração de alguns pressupostos subjacentes ao holismo (Reis, 1998), ao desenvolvimento organizacional (Robbins 1998; Ferreira, et al 2001) e à formação de adultos (Lesne, 1987; Lesne e Minvielle, 1988; Malglaive, 1990, 1996; Santiago, Alarcão e Oliveira, 1997), com predomínio do modo de trabalho do tipo apropriativo centrado na inserção social das pessoas em formação¹⁹⁰. O empoderamento é, assim, consubstanciado na auto, hetero e ecoformação (cf. Varela, 2007).

Assim, partindo da problematização, entre outros/as, de Carlos Estêvão (2001), urge salientar esta perspectiva inusitada e complexa da formação, num contexto de mudança organizacional e de saúde, expressa pela “articulação entre a dimensão pessoal e profissional da formação, a dimensão social e colectiva do

¹⁹⁰ Marcel Lesne considera que há três modos de trabalho pedagógico: modo de trabalho pedagógico de tipo transmissivo, de orientação normativa (MTP1); modo de trabalho de tipo incitativo de orientação pessoal (MTP 2); e modo de trabalho do tipo apropriativo centrado na inserção social das pessoas em formação MTP 3. Para aprofundamento dos mesmos, ver Lesne, 1987, 47-212.

exercício, a relação complexa entre saberes teóricos e saberes construídos na acção” (Canário, 1997: 130) que atravessam todo o seu discurso. Ancorou-se numa lógica de formação distante do mais comum, à época, isto é, o pós-vingte cinco de Abril. De certo modo, afastou-se da linha de “formação para a mudança” para adoptar uma outra, fundamentalmente orientada para a “formação na mudança” (ibidem).

Por inerência à sua história de vida (e provavelmente a todos estes desenvolvimentos), sabia que recairia em si a mediação de um processo estruturado em torno do tratamento e bem-estar das doentes. Face aos pressupostos, a intervenção passava, como referimos, por alterações substanciais, também em termos de organização e funcionamento do serviço, isto é, entrava-se na esfera dos poderes profissionais:

Assim, para além de esperarmos o apoio da chefia, sabíamos que havia todo um trabalho a desenvolver junto dos médicos do serviço e da administração do hospital. Sabia que a minha experiência anterior e as referências cristãs faziam de mim um elemento mediador e negociador entre os mais velhos e os mais novos, entre médicos e enfermeiros, em torno de um interesse comum – o tratamento e bem-estar das doentes (HV6).

Por respeito às/aos doentes e à própria equipa, enfrentaram estoicamente riscos e poderes instituídos:

Em coerência, cabia-me apoiar tudo o que assegurasse este interesse comum, nomeadamente a recusa em receber doentes que ficassem em macas. Era uma questão de respeito pelas doentes e por nós próprias.

Quando colocámos esta exigência ao Director de serviço, um professor distinto e excelente médico, mas demasiadamente preocupado em receber doentes independentemente das condições existentes, respondeu-nos de imediato:

- Nem que seja no chuveiro, os doentes ficam no serviço.

Corremos o risco e enfrentámos poderes instituídos. Ameaçaram-nos com processos disciplinares, mas nunca mais tivemos doentes nessas condições (HV6).

A centralidade nas necessidades/problemas específicos dos doentes do serviço foi permitindo clarificar o campo e as finalidades da actuação de cada grupo profissional:

Progressivamente, fomos criando espaços/tempos de discussão conjunta, entre enfermeiros e médicos, sobre as doentes a quem prestávamos cuidados, permitindo definir melhor os objectivos e limites das intervenções de cada grupo profissional (HV6).

É neste sentido que Honoré (2004) considera o cuidar, por si só, formativo e realça a relação eminente entre o cuidar, a formação e a gestão.

Entretanto os DEP's, que acompanharam de perto a re/criação da experiência em torno do cuidar doentes submetidos a terapêutica citostática ou em fases

terminais, ao convidar o serviço a organizar uma formação, reconhecia o trabalho desenvolvido. Este era “um grande reforço” para a equipa.

Assim, a partir da reflexão profunda sobre as práticas, desencadeada pela narradora, da partilha com a equipa, e, portanto, de um agir colectivo estribado na co-descoberta de novos sentidos, contribuía-se para re/construção identitária e, por inerência, para a re/composição progressiva de saberes e poderes profissionais. Convocam-se, pois, alguns pensadores que defendem esta lógica de intervenção, como Gramsci e Freire. À transformação individual e colectiva de pensamento, que temos vindo a referir, Gramsci (1971) designou de “bom senso” ou senso comum prático empírico”. Ou seja, para além dos discursos e práticas de cariz dominador, existe capacidade de crítica conducente a uma visão sistematizada e congruente em ordem à mudança. Nestes processos, é crucial a relação entre o dinamizador e o grupo, isto é, entre o educador/a ou intelectual *orgânico* e os oprimidos, conforme se esteja na esteira de Freire ou de Gramsci. Ambas as partes se encontram em situação de aprendizagem e desenvolvimento e não numa relação hierárquica.

O rigor da análise inicial suportada em valores, ideologias e concepções na linha da escola do cuidar e a partilha/reconstrução da mesma com a equipa de trabalho, para que juntos encontrassem as formas de transformar o quotidiano das práticas, constituem linhas de força evidentes no pensamento e na acção da enfermeira Maria Aurora Silva. Deste modo, realçam-se as similitudes entre base conceptual que norteou a agência desta narradora e da enfermeira Correia Santos, como adiante veremos. Dito de outra forma, houve comprometimento político com o empoderamento, nos termos conceptuais enunciados (cf. cap. III).

Percebe-se que estava em jogo a transformação, a mudança, através do envolvimento activo de todos/as. Tais pressupostos implicaram recurso a várias estratégias para que cada um dos intervenientes ganhasse poder pessoal e o mobilizasse e integrasse na acção colectiva. O enfoque emerge sistematicamente colocado no poder dos/as enfermeiros/as para agir, para se co-libertarem, co-descobrirem potencialidades adormecidas ou silenciadas. Tratava-se da conquista de poder ao poder instituído, mas não de um poder conquistado para dominar, mas antes, para agir em ordem à transformação numa dupla perspectiva: a garantia da excelência dos cuidados de enfermagem e de saúde prestados aos/às cidadãos/ãs e a potencialização máxima do desenvolvimento

dos/as profissionais de enfermagem. Não se pode perder de vista que uma grande parte são prestadoras de cuidados, tendo o investimento político, durante anos, incidido mais no seu desapossamento do que no empoderamento.

• **“Experimentámos a inovação, fomos pioneiras nas escolas”**

O enfoque na agência no domínio do ensino é dado, fundamentalmente, a partir dos testemunhos das enfermeiras Carvalho Martins e Correia Santos. O envolvimento na ampliação e melhoramento de estruturas físicas, a relação e apoio pedagógico e a oposição à centralização, conformam os domínios da intervenção trazidos a debate.

Em meados dos anos cinquenta, a maioria das escolas integradas no Ministério do Interior deparava-se com graves problemas de natureza variada. Os hospitais confrontavam-se com a fragilidade (quantitativa e qualitativa) dos serviços de enfermagem e as escolas, que se encontravam sob a dependência dos mesmos, eram alvo dos mesmos problemas financeiros estruturais entre outros.

Deste modo, quando a enfermeira Carvalho Martins foi abordada pelo administrador hospitalar, no sentido de aumentarem a capacidade de formação da escola, tinha muito claro que era necessário ampliar as estruturas e construir um lar. Em relação à primeira, considerou de imediato: pedir a colaboração dos engenheiros do hospital para estudar a possibilidade de rentabilizar o “desconhecido e provavelmente desperdiçado” piso inferior da escola. Como graciosamente referia, a escola não era propriamente o “*Jardim Suspenso da Babilónia*”! Sendo mulher, no Portugal dos anos cinquenta e profundamente religiosa, não se desconcertou, nem se acomodou à resposta negativa dos engenheiros, dada num tom sarcástico subtilmente impregnada de violência simbólica:

Vieram, viram e disseram que não era possível fazer nada.

- A Sr.^a pensa que nós somos a N.^a Sr.^a de Fátima para fazer milagres, mas não se pode fazer aqui nada.

Disseram-me eles e eu respondi-lhes:

-Se fosse um milagre, pedia a N.^a Sr.^a de Fátima, como é uma obra de engenharia lembrei-me dos senhores. Como não podem, paciência (HV1).

Pelo contrário, desafiou o saber dos engenheiros. Instrumentalizando a discriminação de género, com a subtileza não das mulheres, mas que muitas mulheres se viram obrigadas a desenvolver, pôs o administrador a fazer a prospecção das instalações:

Quando saíram, disse ao médico que nós íamos fazer as obras. Eles não eram capazes, mas eu tinha umas ideias. Prossegui, dizendo-lhe:

- O Sr. vai trazer umas calças velhas e descer pelo alçapão para ver o que se passa lá em baixo, porque eu não posso lá ir...

Assim foi. Comprovamos que a estrutura e espaço eram semelhantes ao primeiro, mesmo as janelas (HV1).

Apesar do absoluto alheamento financeiro da entidade responsável, através da recolha de donativos e contribuindo com o seu ordenado, reuniu o montante necessário à execução das obras:

Os hospitais não contribuíam financeiramente em nada. O meu dinheiro ia todo para aqui. Era nova e conhecia muita gente. Arranjei sempre dinheiro. Consegui 400 contos e fizemos as obras todas: cinco salas de aula, um vestiário para enfermeiras e outro para o pessoal e um sanitário (HV1).

Foi acompanhando com atenção as mudanças físicas de diversos serviços do hospital e sugerindo a ampliação da escola, de tal modo que, quando se reformou, a escola tinha duplicado o número de salas de aulas:

Encontrei cinco e deixei doze salas de aula (HV1).

Também foi dado um enfoque especial às questões pedagógicas. A relação pedagógica foi outro dos assuntos que mereceu particular atenção por parte da narradora. Mesmo quando eram feitas críticas severas às monitoras-chefes por tratarem os/as alunos/as “por tu”, não deixou de o fazer, quando uma aluna lhe fez sentir que isso era importante para ela. Na realidade, as questões da interculturalidade fluíram frequentemente nos diálogos, consubstanciada pela integração dos/as alunos/as maioritariamente provenientes da província.

O olhar atento sobre a inexistência de condições mínimas de apoio à aprendizagem, naturalmente dificultada pelo enfoque biomédico, levou-a também a co-dinamizar várias iniciativas, entre elas: a criação de uma biblioteca e a elaboração de “sebentas de enfermagem” sobre as diversas áreas da especialidade.

O ensino era efectuado por muitos médicos diziam palavras muito extraordinárias, vocabulário científico...

Bom, não havia nada para os alunos estudarem, reprovavam que era uma coisa séria! Era um horror! Então, pensámos e fizemos textos com a colaboração dos Prof. (s) de Anatomia, Cirurgia, Medicina, Psiquiatria, Farmacologia e das Enfermeiras de Obstetrícia, Pediatria e Psiquiatria. Foram amorosos! Vendíamos-os depois para diversas escolas do país: Braga, Porto, Coimbra, Évora e outras de que não me lembro. Não havia tantas como agora. Vinham lá “beber”, encomendavam e nós enviávamos. Eram baratos, eram feitos a *setencil*.

Depois, organizámos, um colega e eu, a biblioteca da nossa escola, porque não havia nada (HV1).

Importa realçar que estas ‘sebentas’ se constituíram um importante instrumento de estudo entre estudantes de várias escolas do país, sensivelmente até meados

dos anos setenta. Daí, a preocupação em que fossem acessíveis economicamente, ao maior número de pessoas.

As enfermarias-escolas em diversas áreas da especialidade para a formação prática constituem outro dos assuntos destacados. A narradora realça o potencial formativo desta metodologia, que permitia que os doentes “fossem muito bem tratados” (pelo menos aqueles), embora também existam perspectivas substancialmente diferentes (Cf. Amendoeira, 2006).

Neste contexto, recorde-se que o ensino prático constituía uma área que começava a merecer uma atenção progressiva, tendo sido, até aí, praticamente negligenciada, com excepção da ETE e da ESVP (ver capítulo III). Aliás, foi na última que a narradora se formou. Em sua perspectiva, os hospitais não reuniam condições mínimas para a aprendizagem mais próxima do doente, portanto, esta constituiria uma forma de assegurar o mais possível esse pressuposto:

Sempre pensei que era necessário prepará-los para exercerem a enfermagem tendo em conta o outro, o doente, mas nos hospitais não havia nada, de facto (HV1).

A presença de enfermeiras “diplomadas” na prestação de cuidados e a preocupação de manter enfermeiras recém-formadas por mais um ano a trabalhar na equipa constituem particularidades a reter:

(...) Funcionavam com pessoal do hospital e da escola. Pertenciam ao hospital a enfermeira-chefe, as enfermeiras diplomadas no ano anterior pela nossa escola e as auxiliares de enfermagem. A escola tinha lá, monitoras, auxiliares de monitoras e alunas dos vários anos (1º, 2º e 3º).

Fiz um contrato com o administrador para que as enfermeiras recém-formadas ficassem mais um ano a trabalhar connosco, de modo a consolidarem a sua formação. Se elas estivessem mais um ano com as monitoras, era melhor. Nas enfermarias-escolas, as enfermeiras estavam a prestar cuidados, nos hospitais, de um modo geral, não (HV1).

Foi uma metodologia que veio a ser progressivamente alterada na sequência de re/orientações políticas, sobretudo no que se referia ao ensino prático.

Avançando lentamente no tempo, quando o governo salazarista, na década de setenta, já em fase agónica, persistia na abertura de escolas de enfermagem, onde não existiam condições estruturais mínimas de garantir qualidade ao ensino, mantendo o espectro regulador e centralizador das políticas (e práticas pedagógicas), a enfermeira Correia Santos viu que a curta margem de acção residia na operacionalização local. Com a clareza e o pragmatismo que é de seu apanágio, rapidamente perspectivou a intervenção de cariz distinto do preconizado pelo poder central, (com enfoque nos processos de formação e na

gestão participativa da escola), e a participação activa nas decisões locais em matéria de saúde, como estratégias de oposição e resistência à centralização. Porém, as repercussões dessa mesma centralização ressoavam internamente de forma intensa e duradoira:

No meu percurso profissional, lembro-me pois, que havia uma tendência para que tudo fosse escrito, tudo era convertido em normas. Quando as pessoas não funcionavam doutra maneira ou algo não se resolvia por consenso ou negociação, propunha-se logo a elaboração de uma norma. Claro que, depois, a política institucional era normativa. Curiosamente, era nesse sentido que os próprios agentes, os trabalhadores a impulsionavam, tendo a direcção da escola grandes problemas em contrariar este fenómeno. Vivi isto ao longo das várias décadas, desde sessenta a noventa (HV5).

Mais uma vez emergem, neste trabalho, o pensar e o agir dos grupos relativamente mais desfavorecidos na esteira dos dominadores, contribuindo, assim, para a manutenção e reforço de condições subjacentes à sua submissão e subalternidade (Bourdieu, 1999). Esse enraizamento à cultura de normalização prevalente nos diversos sectores laborais incomodava-a profundamente. Era, porém, o sector docente que mais a preocupava, por estar em causa o desenvolvimento global dos/as alunos/as:

(...) fui rejeitando esta postura e tentando, realmente, fazer sentir aos diversos sectores, especialmente ao corpo docente, que não se podia normalizar. Por estarem na formação directa de alunos, era nestes que mais me incomodava esta postura. Não era bom para eles. Impedia-os, coarctava-os na sua liberdade de tomar decisões pensadas e negociadas, mas para isso era preciso que o professor adquirisse competências de decisão, não através da norma, mas através da sua construção pessoal. Claro que isto se reflectia na gestão pedagógica. A gestão pedagógica conducente a um raciocínio normalizado é diferente da que subjaz a um raciocínio mais aberto, na lógica da construção de um «saber crítico». Isso veio só a desenvolver-se bastante mais tarde (HV5).

Construir com as pessoas menos empoderadas novas inteligibilidades, nesses domínios, constituíam (e constituem) desafios pesados a abraçar pelos sistemas educativos, formais e não formais. De facto, a nível local residia (e reside) a margem para poder fazer a diferença, quer em termos de modos e modalidades de formação a adoptar, quer no que se referia ao envolvimento dos diversos sectores na vida da escola.

Cabia-nos, localmente, definir se a condução e operacionalização de todo o processo seguiria a forma rígida ou não. Residia, aqui, a nossa margem e, ao mesmo tempo, a possibilidade de intervir de forma diferente da preconizada pelo nível central (HV5).

Centrando o olhar sobre os modos de formação, foi categórica em afirmar que as normas, hoje de certo modo retomadas com os programas de qualidade, não lhe

faziam sentido. Preferiu trabalhar sob “princípios”, dando margem aos/às estudantes para re/criarem o processo de cuidados:

Na altura, preferi transformar “a norma em princípio”, porque achei que a norma também poderia cair num exagero de rigidez, de tal modo que não dava, à aluna, a possibilidade de fazer as coisas de outra maneira. (...) Sempre considerei que cada aluno tem o seu processo de aprendizagem, mas havia a mania de que todos os alunos tinham que fazer as mesmas técnicas e passar pelos mesmos serviços A, B, ou C. Muitas vezes, insurgia-me contra estas coisas, porque pode haver espaços diferentes de formação. Os alunos não precisam de ser “moldados na mesma fôrma” para que o resultado em vista, o de ser enfermeiro, com as competências previstas, seja alcançado. A forma de lá chegar pode ser através de percursos diferenciados. Isso era claro para mim a partir de muito cedo (HV5).

Apesar da resistência interna, implementou modos e modalidades de formação centrados nos/as aluno/as, tendo em vista o desenvolvimento do pensamento crítico na tomada de decisão:

Reorientei os processos formativos numa perspectiva aproximada do que hoje se defende no âmbito do processo de Bolonha! Não me fazia confusão, absolutamente nenhuma, programar actividades centradas no trabalho do aluno. Trabalhei muito com fichas de leitura. Depois, apreciava e discutia as produções dos alunos. Embora para a escola fosse um tormento, eu não tinha qualquer problema que fossem os alunos para visitação domiciliária sozinhos, em determinados níveis da formação. Pedia-lhes, depois, o relatório com base nos quatro eixos do *Processo Recording*: o que vi, o que ouvi, o que senti, e o que fiz. Havia uma condição: ter sempre o retorno do trabalho produzido. Portanto, dizer aos alunos que a aula seguinte não seria com a minha presença, mas que eles iriam trabalhar para a biblioteca, por exemplo, fazer uma ficha de leitura, nunca me perturbou. Iniciei o processo de reflexão crítica de Sh n, só que não com essa referência. (...) Trazia as referências da Escola de Ensino e Administração em Enfermagem (HV5).

Em suma, mobilizava saberes e competências desenvolvidas e enfatizadas no e pelo Curso Complementar.

Apesar das condições físicas deficientes, nada obistou   criação de uma cultura de participação na vida da escola, com particular atenção na comunidade discente:

Vivíamos numa escola com muito m s condições físicas, mas muito dinâmica,   época. Seguimos o elenco político-normativo, mas com adaptações locais, como sempre defendi. Experimentámos tudo que era inovador, inclusivamente, fomos pioneiras, entre as poucas escolas que integraram alunos no conselho pedagógico-científico. Lembro-me de uma jovem aluna, que fez parte da comissão instaladora, e que era um manancial de intervenção social e política, embora também lhe pudéssemos fazer algumas críticas. Acompanhava-me, com frequência, às reuniões que tinha em Lisboa, algumas das quais promovidas pelo Departamento de Ensino de Enfermagem (HV5).

Sob o pretexto da criação da escola, seguiu o que “havia de mais recente em termos normativos”¹⁹¹. Importa recordar dois aspectos, neste domínio: o cariz de gestão participativa que perpassava o documento e a obrigatoriedade de

¹⁹¹ Refere-se à Portaria n  34/70, de 14 de Abril.

aplicação imediata deste Regulamento Geral das Escolas de Enfermagem, apenas às escolas dos grandes centros urbanos dependentes do Ministério da Saúde e Assistência, prevendo-se a possibilidade das outras escolas aderirem, mediante despacho ministerial¹⁹². Portanto, nem sob a perspectiva jurídico-normativa se encontrava sujeita a tais orientações, o que evidencia, ainda mais, a agência política da narradora. Entretanto, as escolas dos grandes centros, onde até aí tudo se passava, viviam momentos complexos face à imposição de uma profunda e inevitável mudança na cultura organizacional:

Como estávamos a construir uma escola nova, pudemos imprimir este espírito inovador, enquanto as escolas situadas nos grandes centros urbanos lutavam para se libertarem de uma cultura centralizadora profundamente arraigada (HV5).

A orientação política adoptada proporcionou-lhe uma gestão mais fácil dos processos de transição decorrentes da revolução de Abril, particularmente no que se refere à gestão participativa. Nesta fase, várias dessas escolas centrais e, até aí, centralizadoras procuraram, na sua experiência e saber, apoio na gestão da mudança. Começavam-se a inverter alguns processos e a atenuar diferenças de poderes subjacentes ao acesso ao conhecimento e às condições de acção, até aí, fortemente condicionados pela centralização:

Neste sentido, os processos de transição, após a Revolução de Abril, foram muito facilitados. Enquanto outras escolas “deitavam as mãos à cabeça”, nós tínhamos a facilidade de já ter experienciado o modelo transitório. Nessa altura, várias escolas do país, nomeadamente as dos grandes centros urbanos, Coimbra e Lisboa, telefonavam-me a pedir documentação e a partilhar ideias no que respeitava à organização da escola, aos modelos de gestão e de formação, entre outros assuntos. Até aí, a formação estava centralizada, exactamente, neste grandes centros e éramos nós a procurá-los! (HV5)

Importa destacar a outra dimensão do seu investimento profundamente inovadora, expressa na ampliação de espaço e voz do ensino de enfermagem ao “exterior”. Num contexto de possibilidades restritas, como refere, rapidamente percebeu que a cooperação com instituições e identidades responsáveis pela saúde da comunidade constituía uma dimensão a integrar no ensino de enfermagem:

(...) cedo percebi que teria que investir na abertura ao exterior. Cedo percebi que tinha que aparecer, para aparecer a escola e a dinâmica de formação. O social era uma dimensão que não se podia descurar na formação dos enfermeiros (...) Não perdi nenhuma oportunidade que se desenhava. Participei em todas as discussões sobre as questões de saúde. Integrei a Comissão Coordenadora Distrital para o Ano Internacional do Deficiente, participei na

¹⁹² ibidem: Preâmbulo, ponto 7, 2º.

elaboração de vários planos estratégicos de desenvolvimento em saúde, para o distrito, na elaboração do “Plano Estratégico” da cidade, levado a cabo por iniciativa da Câmara Municipal, acompanhei todas as visitas ministeriais aos serviços, entre outras (HV5).

Inicialmente através da sua pessoa e, posteriormente, envolvendo outros elementos, soube implicar a escola e o ensino de enfermagem nas mudanças que se vislumbravam no sector da saúde, na sequência de novos rumos que a política nacional (pelo menos, retoricamente) tomava.

No sentido de melhor percebermos a tectura política de então, convoca-se a Lei Orgânica do Ministério da Saúde¹⁹³ que, pelos pressupostos defendidos e pela estrutura de serviços preconizada, constituía, na perspectiva de Gonçalves Ferreira (1990) uma “pedra no charco pantanoso” em que se encontrava a saúde em Portugal. Defendia-se aí, a implementação dos Cuidados de Saúde Primários, segundo princípios e estratégias proclamados oito anos mais tarde, na famosa Conferência de Alma-Ata, em 1978. Constituía um enquadramento jurídico-normativo bastante inovador e mais justo para a comunidade (sobretudo das zonas periféricas), embora não houvesse grande vontade política do governo em o concretizar na sua plenitude (Ferreira, 1990). Contudo, nos termos do diploma, dava-se início a transformações na estrutura e no funcionamento dos serviços.

A operacionalização, pelo menos em parte, destas orientações políticas associada à sensibilidade, saberes e competências, quer do líder dos serviços de saúde distritais, “uma referência a nível nacional” (HV5), quer da narradora, assumidamente mais desenvolvidas após o Curso Complementar, nomeadamente em termos de planeamento estratégico, conferiam uma margem, talvez única e curta, de introdução de novas agendas no ensino e na intervenção em enfermagem. Correia Santos revela, para além de uma ampla visão política e estratégica, uma invulgar capacidade de intervenção.

Estava claro para si que levar a “voz da escola” de enfermagem às sedes locais de decisão política implicava pleno domínio técnico-científico das matérias debatidas e preparação efectiva das reuniões:

Tinha que levar às reuniões a voz da escola de enfermagem, mas não era falar por falar! Gastava muito tempo a preparar estas reuniões, mas eram momentos de grande aprendizagem. Dizia cá para mim: “se vou a uma reunião sobre planeamento estratégico de saúde, tenho que saber desta área, tenho que saber aplicar critérios, estabelecer prioridades, tanto mais, que vou participar com o pensamento da escola”. (...) A participação da directora da escola

¹⁹³ De acordo com Gonçalves Ferreira (1990), foi assim que ficou conhecido o Decreto-Lei nº 413, de 27 de Setembro de 1971.

nestas reuniões, neste caso a nível local, implicava uma intervenção sustentada e não podia ser de outra forma. Só com muito organização, preparação, planeamento o podia fazer. O CC tinha desenvolvido isto em mim (HV5).

Deste modo, mais uma vez o conhecimento emergia como condição crucial ao empoderamento. Eram estes os pressupostos que pautavam a actuação num meio, onde, para além de si, apenas intervinham homens. Por esta via, mais uma enfermeira se tornava pioneira na participação, agora, a nível da política de saúde local. Contribuía, assim, para que se comesçassem a rasgar os horizontes do ensino e da profissão de enfermagem, tanto a nível interno como externo.

Alheia ao “assédio” de alguns partidos políticos, mas muito atenta às transformações sócio-políticas, abraçou os desafios impostos em termos de ampliação do âmbito e natureza de intervenção. Não se atemorizou e defendeu com frontalidade e determinação a pluralidade e o activismo político de alunos/as e colaboradores/as, mesmo quando confrontada por órgãos do poder local:

Em determinados momentos, senti algumas pressões políticas, mas procedi de acordo com o meu entendimento. Recordo um episódio que retrata um pouco isto. Numa das festas em que estavam presentes as entidades locais, um aluno quebrou o protocolo, eu também não era muito ligada a isso, e no final da intervenção do Governador Civil, tomou a palavra e deu conta de um conjunto de assuntos. Posteriormente, esta entidade chamou-me ao seu gabinete e disse-me que estas coisas ocorriam, porque tinha, na escola, professores de esquerda, revolucionários. Perante tal afirmação, de forma muito serena, respondi-lhe que tinha e continuaria a ter professores de esquerda e de direita, assim como tinha um padre. As pluralidades eram necessárias e salutares para o desenvolvimento da escola e da sociedade. Acabou ali! Esta foi uma das muitas vezes em que pensei: “qualquer dia, põe-me a andar” (HV5).

De nome feito e “obra” socialmente reconhecida, nunca conseguiram “pô-la a andar”. Pelo contrário, continuou a cooperar activamente com escolas de enfermagem e instituições de saúde do país e da Galiza, sempre que as solicitações se inscreviam numa lógica de desenvolvimento integrado. A sua intervenção assentou irredutivelmente em sólidos pressupostos ideológicos e conceptuais estribados no empoderamento:

Era importante que os processos se desenvolvessem numa lógica de formação na mudança. Recusei tudo o que era formação “avulsa” e pontual, por não se inscrever em processos conducentes ao desenvolvimento dos profissionais como agentes sociais de mudança (HV5).

Com toda a legitimidade e voz de agência é nos seguintes termos que fala da sua intervenção:

Particpei nos vários domínios da formação em enfermagem, interno e externo, com consciência política (HV5).

A voz de agência, na designação de Buresh e Gordon (2004), prende-se com características da personalidade individual, como a auto-estima, que são relevantes, nessa perspectiva, representando simultaneamente um meio crucial para divulgar à sociedade a natureza e âmbitos da intervenção da enfermagem, bem como os recursos mínimos necessários para que se possam assegurar cuidados com a qualidade a que todos/as cidadãos/ãs têm direito. Constitui um meio propiciador à reconstrução de representações redutoras da profissão, desafiando os cidadãos/ãs a fazerem renovadas exigências em matéria de cuidados de enfermagem e de saúde, ou seja, é uma forma de potencial desenvolvimento mútuo.

2.2.5. Gerir num contexto de relações patriarcais: “tive alguns braços de ferro, mas perceberam com quem estavam a trabalhar”

A enfermeira Correia Santos, nos inícios das suas funções de directora, ou seja num contexto de gestão, quase exclusivamente masculino, teve que marcar o seu espaço:

No início, tive “alguns braços de ferro”, mas também rapidamente perceberam a minha forma de estar (HV5).

Como refere, eram os homens que mais recorriam aos jogos de influências, nas diversas situações. Neste caso, o presidente da Comissão Instaladora, fazendo recurso do cargo ocupado, tanto mais que a narradora não tinha sido uma escolha política, mas da comissão técnica de enfermagem, pretendia decidir com base em critérios, fundamentalmente, de clientelismo:

Devo dizer, também, que no início das minhas funções como directora senti jogos de influências políticas de vários lados, nomeadamente por parte do presidente. Eram os homens que mais pressionavam. Choviam as “cunhas”, desde os actos de admissão de alunos, a tudo o resto (HV5).

Assim, por um lado, mantinham-se as pessoas em relações de subordinação e, por outro, impedia-se outras de ascenderem a posições que naturalmente lhes eram de direito. Logo se demarcou destes jogos, confrontando abertamente o presidente:

E eu a ter que tomar posições! Posições que, a certa altura, assumiram, mesmo, a dimensão de confrontos abertos, rígidos e fortes (HV5).

Contrariado, uma das vezes, recorreu à violência (pelo menos gestual) que não a intimidou. A definição e explicitação determinada dos seus princípios assentes no profissionalismo e competência permitiram-lhe demarcar o seu espaço:

Uma das vezes, o presidente da Comissão Instaladora até atirou com o livro de actas pelo ar, mas foi a primeira e única vez. Sentiu que, aqui, havia firmeza e critérios norteadores da acção. Não podiam entrar as filhas de a, b ou c, mas aquelas que, por um processo de admissão, tinham direito a aceder a esse lugar. Os que tinham direito a entrar, entravam, independentemente de serem filhos do barbeiro, do médico ou de outra pessoa qualquer. Percebeu com quem estava a trabalhar e resolvemos o problema. Depois, até passou a ser meu amigo! (HV5)

O confronto foi a estratégia de eleição em outras situações, nomeadamente com directores de serviço. Contribuiu para rupturas na natureza das relações entre os/a directores/a e as chefias dos serviços de enfermagem, onde as relações patriarcais eram aceites:

O mesmo se passava com os directores de serviço. Eram, quase todos, homens à excepção do serviço de obstetrícia. Enfrentei situações de género muito conflituais, mas sempre que houve necessidade, fi-lo. Tinha que criar condições para a realização dos estágios e, neste processo, queriam que eu fizesse as vênias todas ao director de serviço e ignorasse a enfermeira chefe. Elas próprias, nessa altura, aceitavam naturalmente esta situação. Lembro-me do director de um serviço de pediatria me escrever uma carta, extremamente agressiva, a inviabilizar um estágio em virtude do pedido não ter sido dirigido a ele e era ele que mandava (HV5).

Prosseguindo na conquista do seu espaço, assumiu a gestão do problema que, por ter um cariz técnico e pedagógico, entendia ser do foro exclusivo das suas funções. Portanto, ao recusar a intervenção do presidente da comissão instaladora, não só não deu espaço ao “proteccionismo” que assenta em relações de submissão, de subalternidade e de menoridade sócio-intelectual, como contribuiu efectivamente para a ampliação do campo de intervenção da enfermagem, numa outra instituição que não a sua:

Nessa altura, o Presidente da Comissão Instaladora, até porque já nos entendíamos bem, quis interferir, mas eu entendi que deveria ser eu a resolver o problema, por ter um cariz técnico e pedagógico. Portanto, embora ele fosse o presidente, cabia-me a mim, enquanto monitora chefe, resolvê-lo. Fiz uma reunião com os directores de serviço e expliquei-lhes que os meus contactos eram e, continuariam ser, com os enfermeiros chefes e caberia a estes, fazer a articulação com eles. Caso contrário, estaria eu a ultrapassar as competências que entendia serem dos enfermeiros chefes. A partir daí, as coisas foram clarificadas e não houve mais problemas (HV5).

Neste sentido, a narradora foi determinante na conquista do seu próprio espaço e do das chefias de enfermagem que, por razões diversas, não o tinham conseguido fazer até aí.

2.2.6. “Repensar a organização sindical numa complexa compatibilização de funções”

A enfermeira Maria Diogo foi delegada sindical, durante anos e continua como membro efectivo apesar de reformada. A narradora Maria Aurora Silva foi “uma das primeiras mulheres a assumir a liderança, num sindicato profissional, com um traço comum à profissão, a feminização” (HV6). Foram elas que, nos seus discursos, mais evidenciaram o empoderamento e a agência, neste domínio de intervenção.

A complexa compatibilização entre o dever inviolável de assegurar cuidados de enfermagem de qualidade aos cidadãos/ãs, cuja responsabilidade de supervisão recaía sobre a chefia e os ‘direitos dos/as profissionais de enfermagem’ imputados mais aos/às delegados sindicais, fez com a enfermeira Maria Diogo, na fase pós-revolução, se tivesse confrontado com aquele que considera um dos maiores desafios da sua vida:

Sempre, desde que entrei até que saí, fui delegada sindical e mesmo reformada continuo sindicalizada. Exerci funções de parteira, mas dediquei-me mais à pediatria, à neonatologia. Depois do 25 de Abril, fui convidada a chefiar a Unidade de Prematuros, mas foi um pouco difícil ser delegada sindical e chefe. Como delegada sindical, competia-me defender os direitos das enfermeiras, mas eu era muito rígida e não admitia, de maneira nenhuma, por exemplo, que prematuros, crianças com necessidade de cuidados especiais, que não sabiam falar, nem queixar-se, não os tivessem. Consegui conciliar as duas coisas, mas os momentos mais difíceis da minha vida talvez fossem estes (HV2).

Como delegada sindical, não deixou que se confundissem lutas entre hierarquias profissionais e negligência nos cuidados:

Lembro-me de estar numa assembleia em que se pretendia sanear uma chefe, porque tinha chamado à atenção uma enfermeira pelos cuidados [de enfermagem] prestados. Posicionei-me e disse-lhes que as enfermeiras não podiam maltratar os utentes (HV2).

O direito dos/as cidadãos/ãs a cuidados de qualidade emerge como uma questão estruturante da agência aos diferentes níveis de intervenção.

Da narrativa da enfermeira Maria Aurora Silva destacam-se quatro ideias estruturantes de partida: i) convocação de diferentes sociabilidades estruturantes na e da re/construção do seu eu”; ii) a acção colectiva como a única condição conducente à transformação favorável do quotidiano de vida e de trabalho; iii) participação activa na organização como um dever seu; iv) responsabilidade no envolvimento crescente e pró-activo dos/as colegas nos desenvolvimentos profissionais:

Face à minha formação sócio-política, ideológica e origens, perspectivava a acção colectiva como o único meio para alcançar a melhoria das condições de vida e de trabalho. Simultaneamente, era impensável não ter regularizada a quotização sindical ou não participar nas acções sindicais, o que para mim implicava intervir nas discussões, apresentar pontos de vista próprios e procurar que os colegas se envolvessem mais activamente nos assuntos relativos à profissão (HV6).

Este enquadramento permite-nos compreender a agência sindical (e não só) num contexto mais alargado de profissão e de vida pessoal. Deste modo, foi construindo e consolidando o percurso de activismo sindical. Como delegada sindical acabada de eleger, foi tomando consciência da (in)existência de uma cultura de participação activa na identificação e resolução de problemas concretos dos serviços. Portanto, tudo se jogava numa lógica maioritária do “implicitamente aceite”. Via, assim, comprometido aquele que considerava ser o seu papel, enquanto delegada sindical, isto é, de dinamizadora de respostas organizadas face a esses mesmos problemas:

Percebi que muito do que aí se discutia e propunha era tacitamente aceite pelos colegas e que o delegado sindical era mais um enfermeiro com informação acrescida, com dificuldades em trabalhar no contexto local, comprometendo o seu papel como dinamizador de respostas organizadas para fazer face aos problemas locais de trabalho. Não era esta a forma de desenvolver a actividade sindical na qual acreditava e esperava do sindicato. Entendia que sendo o sindicato de todos os sócios, importava, pois, que o maior número de elementos o pudesse sentir e entender nesses termos (HV6).

Individualmente, fez um trabalho de modo a conhecer profundamente os interesses inerentes aos/às profissionais e o desenvolvimento e consolidação da profissão e a poder trazer para as discussões com o colectivo profissional perspectivas que transcendessem o mero plano político-sindical, isto é, mais ecléticas e, sem dúvida, mais visionárias. Com o grupo de colegas, delegados/as e dirigentes sindicais, fazia as descobertas em torno do activismo sindical e das especificidades inerentes as diferentes sindicatos de enfermagem portugueses:

Contudo, pela primeira vez, mergulhava na necessidade de aprender a lidar com normativos legais em função da defesa dos interesses dos enfermeiros e da afirmação da profissão como forma de trazer à discussão colectiva, perspectivas que não decorressem apenas das análises político-sindicais. Foi com os colegas delegados e dirigentes com quem partilhei um trabalho colectivo que fui entendendo os meandros da vida sindical e os diferentes modelos de intervenção, nomeadamente os que eram adoptados pelos diferentes sindicatos dos enfermeiros (HV6).

Simultaneamente, construía e consubstanciava a sua perspectiva em torno de assuntos de relevância máxima para o desenvolvimento e consolidação da profissão, tradicionalmente não considerados do foro sindical, e desenvolvia competências no activismo sindical. Ora, face aos pressupostos que sustentaram

a sua intervenção anteriormente enunciados, foi forjando, de forma emancipatória e crítica, novos sentidos e novas dinâmicas sindicais. Coerente com o princípio de que a mudança, independentemente do domínio (macro ou micro), se faz com o colectivo, o processo e resultados foram predominantemente conduzidos e expressos no plural:

Ao longo dos tempos, fomos desenvolvendo um percurso que nos permitiu tomar consciência acrescida da necessidade de repensar a organização sindical (HV6).

O empoderamento emerge, novamente, como uma questão estruturante da agência. Neste sentido, parece-nos óbvio que tenha sido eleita para a direcção do sindicato e, conjuntamente, tenham posto em causa a estrutura e funcionamento da organização, até aí. Enunciava os principais pontos críticos de uma estrutura sindical que, face aos desenvolvimentos efectuados, começava a estar obsoleta:

O desenvolvimento e consolidação de novas dinâmicas não eram consentâneos com uma estrutura de suporte onde: os dirigentes se limitavam a passar pelo sindicato para as reuniões de direcção e para despachar correspondência; os sócios que aí se dirigiam apenas contactavam com os administrativos; os meios para produzir informação se limitavam à existência de uma máquina de *gestetner* para reproduzir textos gravados em *setencil*; as quotas eram descarregadas em grandes livros que funcionavam desde o início do sindicato, há cinquenta anos; e onde a sindicalização fazia parte dos objectivos organizacionais (HV6).

Com a clareza e sistematização de ideias absolutamente invulgar, mas peculiar, de quem possui saberes e conhecimentos na liderança de processos de identificação e de resolução conjunta de problemas concretos emergentes nos contextos onde se move, evidencia as mudanças consumadas à luz do quadro traçado:

O trabalho desenvolvido tinha demonstrado que as idas aos locais de trabalho não podiam ser apenas em momentos de greves ou de eleições, os programas de trabalho tinham passado a incluir tempos de permanência de dirigentes para receber sócios e a sistematização de objectivos em relação às reuniões com enfermeiros nos locais de trabalho, recolhendo os problemas mais sentidos e ajudando a procurar soluções e apoiar a organização local (HV6).

Como refere, esta não era, contudo, uma filosofia de intervenção perfilhada por todos elementos da direcção do sindicato, o que realça a singularidade da narradora:

De qualquer modo, havia entendimentos diferentes entre os elementos da direcção (HV6).

Retomando a linha de pensamento, no que se refere às mudanças operadas, aprez-nos dizer que, ao resultado da apreciação crítica do quotidiano da praxis, estava implicitamente associado o dealbar do processo transformador. Neste

sentido, convoca-se as similitudes anteriormente referenciadas entre a narradora e a enfermeira Correia Santos, nomeadamente ao considerarem o potencial emancipatório e crítico que o contexto “local” (HV5) ou das práticas encerra, apesar da margem de poder, à partida, ser curta.

O desfiar de vida da narradora, embora sem pretender estabelecer qualquer nexo de causalidade, ajuda-nos a perceber as razões pelas quais este sindicato foi o que mais se envolveu, por exemplo, na construção dos instrumentos de profissionalização, não sendo esta uma área tradicionalmente da competência dos sindicatos.

2.3. Activismo em ONG’S: “responsabilidades nacionais e internacionais”

A participação em organizações comunitárias foi referida, apenas, pela enfermeira Maria Aurora Silva. Na Juventude Operária Católica Feminina, desenvolve todo um percurso de militância, marcada por um interregno, próprio da juventude e re/ingressa assumindo responsabilidades em diferentes contextos sócio-políticos e geográficos, que a ajudou a compreender e agir num mundo de guerras e injustiças. Apresentamos, apenas, breves palavras, como convite à leitura integral, pelo menos, deste ponto da narrativa, fundamental à compreensão da singularidade das agências evidenciadas nas diferentes esferas da vida, nomeadamente profissional:

Fui assumindo algumas responsabilidades, a nível nacional e internacional. Aqui, fui compreendendo o contexto político mais amplo, ou melhor, percebi: a imbecilidade da censura (...) a irracionalidade da guerra colonial; (...) Dirigi uma revista mensal onde, muitas vezes, a censura deitou por terra o trabalho redigido e construído com muito esforço. Foi uma verdadeira escola da vida, pela militância a favor da justiça e da solidariedade, e pelo confronto, em muitos momentos, com o poder instituído eclesiástico e político (HV6).

Através da explicitação, mas também da convocação sistemática desta experiência, se depreende da relevância da mesma, para o desenvolvimento integral do seu “eu”.

Foram dez anos, durante os quais trabalhei com jovens de todo o mundo aprendendo, em conjunto, a olhar a realidade e a ser agentes activos nela. Foi um período importantíssimo para o meu crescimento como jovem-adulta (HV6).

Há aspectos que de modo algum podem passar despercebidos, dos quais destacamos: a responsabilidade pela participação individual e colectiva na transformação dos contextos de subordinação, o método de análise e a intervenção comprometida com empoderamento dos seus pares e dos cidadãos/ãs, independentemente dos contextos.

2. 4. Participação política num contexto de discriminação de género

Nesta secção, trata-se, por um lado, de desocultar a agência política nos termos mais convencionais, e, por outro, as formas como a participação, neste domínio, foram percebidas pelas narradoras que deliberadamente dela se afastaram. A primeira perspectiva foi particularmente evidenciada nas Histórias de Vida das enfermeiras Maria Diogo e Sintra, a segunda pelas enfermeiras Maria Diogo, Maria Aurora Silva e Correia Santos.

Importa explicitar que se considerou agência política não só a participação nos termos convencionais, mas também no forjar de políticas de mulheres, onde se integrou a luta pelo fim da proibição do casamento das enfermeiras hospitalares.

2.4.1. Lutar pelo direito ao casamento: um crime político

A enfermeira Maria Diogo esteve presa, sujeita a torturas, a tentativas de violação da sua intimidade, suportou a doença, passou horas inesquecíveis sem nada poder fazer, impedida de continuar a actualizar-se em qualquer domínio social, viu a sua irmã a ser presa também, em sua perspectiva, por defenderem o direito das enfermeiras hospitalares ao casamento.

Antes de mais, importa clarificar alguns aspectos que conformaram esta abordagem. A linguagem do corpo disse-nos muito. Citamos, apenas, algumas passagens estritamente necessárias à interpretação, por considerarmos que só a leitura integral do texto poderá dar uma imagem e, aproximada, do vivido.

Com o advogado, enfrentou a dor das agressões e a revolta e angústia de ver os elementos que supostamente seriam utilizados em sua defesa a serem destruídos. Numa tremenda luta desigual, com o apoio de algumas mulheres e homens que, apesar dos custos, às vezes, sobre a vida dos seus próprios filhos, e de um advogado arranjado à pressa pela família, enfrentou o tribunal. O mundo caía a seus pés, quando contra todas as expectativas, o veredicto final ditava dois anos de pena maior por crimes políticos e medidas de segurança renováveis por três anos:

(...) e quando todos pensavam que seria absolvida, pois não estava ligada a nenhum partido político, apenas à luta das enfermeiras pelo direito ao casamento, fui condenada a 2 anos de pena maior por crimes políticos e medidas de segurança renováveis por três anos. (...) Penso que fui a primeira mulher, em Portugal, a ser condenada a pena maior por crimes políticos (HV2).

Dois aspectos são de realçar: a força e sagacidade admirável destas pessoas e a dificuldade política em contê-las em absoluto. Não se está a minimizar de modo

algun a opressão e o terror espalhado, mas antes a enfatizar as estratégias de resistência que permitiram aproveitar ao máximo a parca autonomia relativa do sistema. As diferentes formas de comunicar, interna e externamente, as alianças, a sororidade e também as traições marcaram a vida desta narradora, e de outras pessoas que, tal como ela, viveram essa realidade. Admirou as “heroínas” (HV2) que aderiram ao partido comunista, mas não o fez pela “dureza da vida na clandestinidade”, consubstanciada em planos diversos, mas sobretudo em relação aos/às filhos/as. Porém, nem todo o sofrimento que a prisão lhe causou a impediram de recusar declarar publicamente que repudiava as ideias do MUDJ e do Partido Comunista, tal como o regime lhe impunha, vendo assim a sua pena agravada. Saiu ao fim de quatro anos, porque houve uma amnistia. Mas foi obrigada a ir um ano para a província e apresentar-se semanalmente à PIDE, com tudo o que as duas situações representavam na sua vida. Como não bastasse, foi impedida de tirar carta de condução, de se ausentar num raio superior a 30 km da sua residência, de votar, de acompanhar pessoas de “mal porte”, isto é, com alguma, suposta ou real, ligação ao partido comunista e de exercer a sua actividade profissional no sector público.

Todo esta “atenção” pela polícia política e pelo regime deixou a narradora surpresa, pois, apenas tinha uma ténue consciência política:

Tinha consciência da vida política, mas muito superficial. Nunca tinha estado com alguém, pelo menos que eu soubesse, que fosse comunista (HV2).

As palavras enunciadas, em nossa opinião, encerram uma concepção de ‘política’ no seu sentido mais estrito, isto é, de participação e/ou militância partidária. No entanto, dado que política também nos remete para intervenção e decisão do/da(s) cidadão/ã(s) em assuntos públicos, consideramos que a narradora tinha profunda consciência política e sentido de justiça social, tanto mais, que não se pode perder de vista o contexto ideológico e sociopolítico, particularmente no que se refere à situação das mulheres e da enfermagem, à época. Aliás, foram evidenciadas por vários factos, entre muitos outros, pela assumpção da liderança da problemática e pela forma como resistiu às pressões, nomeadamente no que se refere à recusa em trair as colegas ou repudiar ideologias de esquerda, tal como lhe propôs a polícia política (PIDE). A própria narradora refere a ameaça que a problemática representou para o governo:

Esta questão, da luta pelo direito ao casamento das enfermeiras [hospitalares], era uma ameaça para o governo. De facto, as enfermeiras tinham muita força! (HV2)

Em nossa opinião, constituía um arremesso ao regime de dupla abrangência: no domínio profissional e num outro de natureza mais ampla, isto é, no campo das políticas das mulheres. Daí, todos os desenvolvimentos do processo como um crime político. Por um lado, embora esta luta se revestisse de um carácter paradoxal, na medida em que se defendia o modelo de feminilidade e de família tradicional, 'mulher, esposa e mãe', não deixou também de representar uma arrojada cesura no investimento que o regime vinha fazendo no domínio da construção social orientada para a fusão entre a vida pública e privada das enfermeiras. Por outro, na esteira de Irene Pimentel, consideramos que se constituiu uma forma relativamente organizada de contestar aberta e frontalmente algumas das condições discriminatórias que o regime reservava, a um dos grupos profissionais de mulheres e que mobilizou a atenção e a apoio de várias entidades. Neste sentido, não se trata apenas de agência profissional, mas de agência no campo das políticas de mulheres.

2.4.2. Rara conjugação entre a política e a enfermagem: “poucas pessoas fizeram um percurso político e profissional”

Os tempos têm demonstrado que a relação das mulheres com a participação política no sentido mais ortodoxo, tem sido complexa e de algum distanciamento, o que também foi evidenciado neste trabalho. De acordo com Maria José Magalhães (2005), este afastamento pode resultar do facto das mulheres não se sentirem plenamente incluídas ou por não se 'entusiasmarem' com esta vertente da vida social. A base de argumentação da separação deliberada (HV2 e HV5) e da militância transitória (HV6), parece ir de encontro à última linha, ou pelo menos, assim o expressaram:

Como directora de escola, entendia que não me devia vincular a qualquer partido político, embora tivesse dois convites nesse sentido: um do CDS e outro do PS. Tinha alunos e professores de todos os quadrantes, o que era condição, promotora da manutenção do equilíbrio, sobretudo, nessa fase quente que se seguiu à revolução. Também não tinha e, sendo muito franca, ainda hoje não tenho, qualquer apetência para seguir um modelo partidário rígido. Todos os partidos, da direita à esquerda, defendiam umas perspectivas que me agradavam e outras nem tanto. Não sei se fiz bem ou mal, foi a minha opção (HV5).

Apresentando-se como uma activista da cidadania, feminista e mulher do poder local, a enfermeira Sintra realçou um percurso político e profissional invulgar entre enfermeiras, diríamos até, entre mulheres, mesmo da classe média alta:

Embora a experiência seja da própria pessoa, penso que poucas pessoas fizeram um percurso político e profissional como eu. (...) Sou feminista, activista da cidadania (HV4).

Sendo este o domínio em que mais sentiu o peso da discriminação de género, e já mesmo em democracia, o silêncio é uma das armas que usa, nomeadamente com a comunicação social:

Ninguém pergunta a um homem, nem a comunicação social, como organiza a sua vida pessoal ou como concilia a sua vida pessoal e profissional. Ao perguntar isto, estão a marcá-las e a culpabilizá-las. Não é assim! Se me perguntam isto, digo logo que não respondo. A responsabilidade da vida pessoal não é das mulheres, é do casal! (HV4)

De facto, são fenómenos frequentes em estados ditos democráticos que expressam o androcentrismo da cidadania. Continua-se, assim, a remeter os homens para a esfera pública e as mulheres para a privada, sob formas muito mais subtis e por isso mais dissimuláveis para a maioria das/os cidadãs/aos.

Apesar do contexto discriminatório e de dominação, tem vindo a participar activamente na vida política, há cerca de trinta anos e a diferentes níveis. Enfatizando a dimensão relacional, considera-se fundamentalmente uma mulher do poder local:

Fui candidata à Assembleia da República. Não é lugar que me agradasse muito, nem é a minha forma de estar, porque tenho necessidade do contacto com as pessoas. Costumo dizer que sou uma mulher do poder local (...) Estou agora na Assembleia Municipal, devendo ser este o último mandato, pois completo, este ano, trinta anos de vida autárquica. Sou, pois, autarca e fui vereadora num grande centro urbano, cumpri o segundo mandato, a tempo inteiro, com responsabilidade na área de intervenção social, nos pelouros da Educação e da Habitação Social (HV4).

Associada a alguns cargos ligados primordialmente 'ao sector social', habitualmente as áreas políticas mais acessíveis às mulheres, mas também porque se constituem áreas de sensibilidade acrescida na profissão. Importa, por um lado, reforçar que não consideramos que esta abordagem profissional se revista dessa importância por ser feminina, mas pela natureza da profissão de enfermagem, uma profissão de homens e mulheres. Por outro, o domínio técnico da área pode aumentar a resistência ao discurso da "expertise" que avassala as democracias liberais e que não são mais do que formas renovadas da meritocracia no sentido de fazer "crer que o mundo está tão complexificado que simples mortais não conseguem lidar com as questões com que se enfrentam e

muito menos decidir” (Magalhães, 2005: 352). Como a investigadora refere, trata-se de novos adereços, novas roupagens para a divisão entre o trabalho intelectual e manual, entre a concepção e a execução.

Aliás, a própria narradora, partindo de exemplos concretos, realça os contributos da formação em enfermagem na tomada de decisão política:

“Tenho a honra de ter no meu currículo - a *Directoria Operacional de uma Campanha Presidencial* - . Nunca o tinha feito, embora tivesse colaborado em muitas campanhas. Fiz a campanha, defini objectivos e programei as actividades a desenvolver. A planificação é uma área muito desenvolvida por nós enfermeiras/os. Foi portanto um trabalho que me deu alegria e satisfação. (...) A escrita, os registos, a organização, as metas...

É a [influência da] enfermagem na política (HV4).

Assim como o faz em relação à enfermagem, perspectiva a ampliação da visibilidade social da natureza da intervenção em enfermagem, bem como dos saberes que lhe estão subjacentes, através da participação política, como poderemos constatar pelos desafios futuros que lança à formação de enfermagem.

Embora tenha expressado a sua preferência pelo poder local, tem no seu currículo assessorias ministeriais e de provedores/as da Santa Casa da Misericórdia, e ainda “a *Directoria Operacional de uma Campanha Presidencial*”. Tendo participado em diversas campanhas eleitorais, nem gozou de licença para o efeito, mas deixou essa participação documentada. São de salientar algumas ideias chaves: a ‘entrega’ às funções exercidas, tão peculiar à profissão; a preocupação estratégica em dar visibilidade a essa intervenção; e a assumpção de responsabilidade na promoção do exercício da cidadania entre os jovens, através da sua forma de estar na *polis*:

(...) como democrata, sempre que não concordo, tenho que o dizer. Se argumentarem e me convencerem pela palavra, muito bem. Venha o que vier, eu assumo. As pessoas que trabalharam comigo sabiam o meu apreço pela frontalidade. Tenho a certeza de que, com esta forma de ser e estar na vida, influenciei ideologicamente muitos jovens e os marquei para a luta. Respeito todas as pessoas, de todas as ideologias e formas de estar na vida (HV4).

Portanto, nunca fez campanha na escola. Fez questão, mesmo na Revolução de Abril, sendo de esquerda, de não misturar papéis, algo que remete à socialização na ETE:

Assumi sempre a minha ideologia, sem misturar os vários papéis que desempenhei. Isto foi algo que me ensinaram na ETE [a não misturar os papéis]. Nunca fiz campanha política na Escola. Costumo dizer, que não precisava de a fazer, bastava a minha posição na vida (HV4).

Depois do (des)fiar de vidas de enfermeiras, actoras sociais na complexa construção e consolidação do ensino e profissão de enfermagem e em vários domínios da cidadania, urge que se dê espaço às vozes em torno de um futuro que dependerá de todos e todas nós.

3. INTERPELANDO O FUTURO

Como temos vindo a constatar, a formação em enfermagem foi sempre uma questão complexa, nos planos interno e externo. Pela voz experiente das narradoras, a actualidade oscila entre a crise, a regressão e uns laivos de esperança. Deste modo, em uníssono, lançam um desafio: “repensar o ensino de enfermagem” em termos de: re/orientação do âmbito e natureza da formação, de carreira docente, de estratégias a adoptar na mudança, e do estudo das alterações das dinâmicas profissionais subjacentes às mudanças de género na medicina.

No que se refere aos desafios inerentes à reorientação e ampliação do âmbito da formação, foi salientada a necessidade de: re/orientar os percursos formativos com centralidade na prestação de cuidados de qualidade; de integrar mais efectivamente dimensões que se vão perdendo no âmbito da socialização familiar como, por exemplo, o cuidar; ampliar a intervenção comunitária ao domínio da participação política também no sentido convencional.

No que se refere ao domínio docente, as perspectivas variaram entre a exigência de uma formação pedagógica suplementar a todos/as que não a tenham no seu currículo académico e a articulação entre duas áreas de responsabilidade, a prestação directa de cuidados e a docência.

A estratégia de mudança passa, no entender das narradoras, pela acção colectiva e pelo desenvolvimento da visão estratégica, provavelmente coarctada pelas questões de género.

Assim, a enfermeira Maria Aurora Silva, na sua arte e saber de bem pôr a “questão social”, coloca os desafios futuros na interface com o presente em mudança e um passado cuja tónica incidiu na gestão. Convicta de que terá sido essa a estratégia possível e necessária, à época, representou também “desvirtu[ação d]o coração nobre da profissão”, cujas repercussões se fazem sentir no nosso quotidiano, por vezes, inconscientemente:

Nos primórdios, a afirmação fez-se pelos cuidados que eram necessários para garantirem as melhores condições de tratamento da doença. Posteriormente, passou pelo reforço das hierarquias. (...) É preciso não esquecer que a evolução da profissão fez-se muito pelo que os enfermeiros granjearam na gestão e administração dos serviços e não tanto pela prestação de cuidados. E isto, embora necessário e fundamental, nessa etapa do desenvolvimento histórico, que não contesto, na minha opinião, desvirtuou o “coração nobre” da profissão. Esta é uma dificuldade, que ainda temos hoje, muitas vezes de forma inconsciente (HV6).

Se as dificuldades se mantêm no plano da inconsciência, acarretam uma vulnerabilidade acrescida em termos individuais e colectivos, na medida em que a acção intencional de transformação, logo política (Arnot e Dillabough, 2002) está, obviamente, comprometida. Portanto, em sua perspectiva, constitui-se um facto não negligenciável, tanto mais que algumas das pessoas que vivenciaram e contribuíram para a construção do percurso sob os pressupostos enunciados mantêm-se em exercício de funções, sendo a “geração” da narradora, provavelmente, a penúltima:

Mas, de facto, é bom que tenhamos essa noção, porque isso não está ultrapassado e tem o peso decorrente do facto das gerações que vivenciaram estes percursos ainda estarem cá todas. A minha deve ser a penúltima, deste contexto (HV6).

Este é um dos pontos a reter, na sua óptica. Prossegue a linha de pensamento, equacionando os riscos acrescidos que representa, na actualidade, a manutenção destes pressupostos. Outrora a gestão, passava muito pela organização e responsabilidade, pelo funcionamento dos serviços e a enfermagem teve, aqui, um grande papel. Ora, os novos modelos de gestão em saúde não se compadecem com esta orientação. Face ao enfoque colocado na obtenção de resultados, ou seja, em ganhos em saúde, o desafio coloca-se em fazer a diferença pela prestação de cuidados de enfermagem:

Agora, num contexto de mudança das concepções de gestão, se não formos capazes de evoluir no que diz respeito ao papel dos enfermeiros no processo de prestação de cuidados, corremos o risco de qualquer um os prestar. (...) Pessoalmente, tenho cada vez mais a convicção de que, assim como foi importante no passado uma afirmação organizacional pela via local das chefias, a grande reviravolta do futuro passa pela afirmação na prestação de cuidados. É nesta área que temos que trabalhar bem o futuro. De resto, intervém-se, é importante o papel das chefias, mas é por aí! Contudo, não é fácil! (HV6)

Sem perder de vista, nem nunca se ‘trair’ em relação às concepções de enfermagem em que estribou o empoderamento e as agências, aponta a re/orientação da formação em enfermagem em direcção ao que entende constituírem expectativas da comunidade face à profissão, isto é, para o que designa de “eixos vinculativos da profissão”. Trata-se, em sua perspectiva, de

revalorizar aspectos que sempre foram centrais aos cuidados de enfermagem, a segurança e o conforto dos utentes /doentes:

Temos dificuldade em assumir que a segurança e o conforto dos utentes/doentes são os eixos vinculativos da profissão. São eles que nos vinculam ao utente, às pessoas de quem cuidamos. Espera-se isto de nós, mas há quem pense que isto é menor! A formação tem que atender a isto. (HV6).

Em nosso entender, o discurso constitui uma crítica cerrada, entre outras já enunciadas, ao re/afastamento entre a teoria e a prática/estágio, expresso pela incipiente orientação e acompanhamento dos alunos/as em estágio percebida por si (HV6), mas também por outras narradoras (HV3 e HV4). De facto, a reflexão profunda e aberta sobre as práticas, sustentada em sólidos e amplos referenciais conceptuais é simultaneamente crucial ao nível de qualidade de cuidados a que todos/as cidadãos/ãs têm direito e à produção de novos conhecimentos em enfermagem. Com um envolvimento mínimo dos/as docentes em ensinamentos clínicos/estágios, com grande parte dos serviços a funcionar sob rácios ínfimos, que nos deixam apreensivos em relação às dotações mínimas seguras, como se podem assegurar percursos formativos que se pretendem conducentes à reflexividade, à promoção da tomada de decisão em enfermagem, à agência e ao empoderamento?

Na realidade,

Alguém tem que ajudar os jovens, facilitar as descobertas para que articulem, por eles próprios, as diversas dimensões de formação (HV7).

De acordo com a enfermeira Dali, estas descobertas passam também por integrar novos desafios decorrentes de mudanças no foro da socialização familiar, nomeadamente no que se refere ao cuidar que está, cada vez mais, entregue a instituições sociais:

Vejo, ainda, uma sociedade que evoluiu, num sentido tão diferente do nosso tempo, nomeadamente no que se refere à socialização familiar. Penso que a escola tem que estar atenta e usar estratégias metodológicas para integrar estas dimensões que, eventualmente agora, poderão não estar tão presentes. Preocupam-me muito essas questões. Será que antigamente era mais fácil porque não havia uma mudança assim abrupta? Será que agora os nossos jovens estão mais desbaratinados porque não conseguem, quase, articular tudo o que estão a viver? (HV7)

A ampliação do campo de acção de enfermagem, concretamente no domínio da intervenção comunitária alargada à participação política no sentido convencional, constitui outra dimensão a investir, na perspectiva da única narradora que intervém activamente a este nível, a enfermeira Sintra. Trata-se, simultaneamente, de mobilizar a formação em enfermagem no exercício ampliado

da cidadania e de dar visibilidade à profissão, através de áreas do conhecimento e de intervenção que a enfermagem vem a construir há longos anos. Importa, neste contexto, lembrar que maioria destas narradoras participou na implementação de programas desenvolvidos no período “áureo” da saúde pública (década de setenta). Portanto, intervir noutras dimensões públicas de cidadania, para além da prestação directa de cuidados, é perspectivada numa lógica de re/construção identitária. Deste modo, lançou um repto concreto à participação activa na tomada de decisão a nível do poder local. Defendeu a participação dos/as enfermeiros/as em debates municipais e a assumpção pública das suas opiniões em assuntos políticos de interesse geral, que, pela voz da experiência, entende serem mais facilmente exequíveis em colectividades de menor abrangência populacional:

Para mim, ser enfermeira é participar no trabalho da comunidade, porque as pessoas são o nosso “objecto” de trabalho e elas estão maioritariamente na comunidade. É aí que nós falhamos (...) No mundo da grande urbe pode ser mais difícil, mas porquê é que a enfermagem nas terras mais pequenas não participa nas Câmaras, por exemplo, na discussão dos Planos Urbanísticos? Ora, não o fazemos e temos formação para isso. Nós fomos as primeiras a fazer Saúde Pública, trabalho na comunidade e com a comunidade! Por exemplo, se defendem a interrupção voluntária da gravidez, devem afirmá-lo sem receio. Devem defender o exercício da cidadania, participar nas colectividades, ser autarca, concorrer na vida política. Este passo não foi dado e temos que o dar. (...) Há um outro papel para desempenharmos, enquanto enfermeiras. Se intervirmos a este nível, mostramos a abrangência da profissão. Caso contrário, a comunidade vê-nos apenas a cuidar do doente (HV4).

A narradora aponta uma oportunidade de contribuir para o empoderamento não só dos/as profissionais, mas também dos/as cidadãos dessas comunidades. De facto, à luz do recente estudo, realizado por Arnaldo Ribeiro (2007), *Governância Municipal*, com o objectivo de estudar a participação dos/as cidadãos/ãs na tomada de decisão ao nível municipal, é um desafio a abraçar. Constata-se aí, que a participação nos municípios de menor dimensão se reveste de um carácter predominantemente individual, consubstanciada a contactos pessoais com os presidentes de câmara e a assuntos de interesse pessoal. A participação colectiva, isto é, organizada, é rudimentar (referida por menos de um terço dos presidentes de câmara inquiridos), sendo, porém, superior nos municípios de maior dimensão.

A narradora, partindo do desconhecimento que afirma ter em relação à integração, desta dimensão, na formação em enfermagem, avança em termos do modelo adoptar. Está convicta de que não será pela mera transmissão de

algumas mensagens e apelos à participação que se conseguirá uma transformação socialmente visível. A participação sentida e vivida no exercício da cidadania, por parte dos/as dirigentes das instituições de ensino, em seu entender, é uma questão crucial:

(...) as escolas têm responsabilidade, mas compreendo e vou dizer uma coisa politicamente incorrecta: se as pessoas que estão à frente das escolas não participarem, não acreditarem e não defenderem estes valores enunciados, jamais o poderão transmitir aos alunos, para que eles o sintam e vivam (HV4).

A enfermeira Sintra, tal como Maria Aurora Silva, na esteira de Collière (1989), considera que afirmação se faz pelo reconhecimento da necessidade e especificidade da profissão, por parte da comunidade. Dito de outro modo, há todo um trabalho a desenvolver para que essas imagens e representações que prevalecem no seio do grupo profissional sejam sentidas e expressas pela comunidade, o que passa pela participação activa em equipas multidisciplinares que intervêm no exercício activo da cidadania:

A afirmação não se faz por acharmos que somos necessários, mas antes pelo reconhecimento da nossa importância por parte da comunidade. Implica a nossa integração efectiva em equipas multidisciplinares. Não andemos atrás do adquirido. O que está, já está. Agora, qual é o desafio que se nos coloca? Que a população reconheça a nossa necessidade e especificidade! E isso cabe-nos a nós! A formação tem que evoluir nesse sentido. Cabe-nos a nós definir as regras através da participação activa (HV4).

Defendidas estas perspectivas para a formação em enfermagem, emergiram, obviamente, sugestões de alteração no domínio docente. Assim, a enfermeira Dali sem fazer qualquer alusão à estrutura da carreira docente, considerou as habilitações pedagógicas como cruciais ao exercício docente. Sugere que seja exigida uma formação suplementar, nesse domínio, a todos/as professores/as cujos currículos académicos não a integrem:

(...) nem todos temos formação na área das ciências da educação. Imagino algo orientado para a preparação pedagógica, em Enfermagem. Refiro-me a uma exigência a ser feita (...) a todos quantos se propõem exercer funções docentes de enfermagem, independentemente de serem das áreas científicas de enfermagem, psicossociais ou biomédicas (HV7).

De certo modo, estriba a sua sugestão numa lógica de formar para mudar. As outras propostas, em coerência com a sugestão dada no sentido da re/orientação dos processos de formação para a prestação de cuidados, consubstanciada à articulação teoria e prática, interpelam a actual carreira docente. Nas perspectivas das enfermeiras Sintra e Maria Francisca Soares, os/as enfermeiros/as com funções deveriam, simultaneamente, ser responsáveis pela prestação directa de cuidados:

Os professores deviam trabalhar e ser responsáveis pela intervenção directa nos cuidados, no hospital ou no centro de saúde (HV3).

Deste modo, a carreira académica desenvolver-se-ia em íntima relação e interpenetração com a produção de conhecimentos em contexto de trabalho, ou seja, investigação-acção:

Os/as professores/as não podem transmitir e ensinar aquilo que não sabem, no sentido de «saber fazer». A concepção teórica é muito importante, mas o afastamento dos professores/as do campo de estágio é prejudicial para os/as alunos/as, para os/as professores/as e para a enfermagem. Defendo a investigação-acção. Para mim, se existe carreira académica é no terreno (HV4).

Em alguns países, nomeadamente da América, o ensino e profissão de enfermagem estão, de certo modo, organizados nessa lógica, bem como o ensino da medicina, em Portugal (HV3).

As narradoras Sintra e Maria Aurora Silva, partindo da percepção do risco colocado à profissão, apelam à mobilização colectiva. A primeira das narradoras, numa linguagem inclusiva, desafia à autonomização do ensino de enfermagem profissional face às demais formações, através do desenvolvimento do seu campo de saberes:

Se os/as enfermeiros/as não se unirem na defesa da profissão, se o ensino se deixar diluir no ensino superior e não se autonomizar pelos seus saberes, corremos o risco de, a curto prazo, nos dizerem que não somos necessários (HV4).

A segunda, admitindo o individualismo e a existência de uma alargada visão prática dos fenómenos, convoca a necessidade desenvolver a visão estratégica, em sua perspectiva, provavelmente comprometida por questões de género:

Por outro, hoje, cada um está muito na defesa dos seus interesses pessoais, o que é francamente desfavorável à construção de uma visão estratégica de conjunto. É uma dificuldade! Temos uma grande visão prática das coisas, talvez por sermos mulheres, e não tanto estratégica, o que dificulta a discussão da problemática (HV6).

Dito de outro modo, está em jogo a (des)construção social da categoria “mulheres”, na sua generalidade, e “enfermeiras”, em particular, como incapazes de serem actoras e autoras das suas vidas, nomeadamente no âmbito profissional. Neste sentido, o desafio concreto à dimensão de género foi colocado pela narradora, no estrito campo da recomposição de poderes profissionais:

(...) a presença massiva das mulheres na medicina, ou seja, estudar a evolução das relações de dominância na saúde, na perspectiva de género. Na minha visão, isto pode gerar dinâmicas de complexidade acrescida no sector da saúde, ou seja, a enfermagem sempre esteve conotada com o feminino e a medicina com o papel masculino. A alteração disto o que é que vai dar? Vai trazer novos dados! Até porque há serviços onde a medicina já é exercida maioritariamente por mulheres e não estou a pensar nas pediatrias por terem

um cunho muito especial, onde seria muito interessante analisar os reflexos existentes (HV6).

Na voz das narradoras, os desafios são enormes, mas também os percebem como uma oportunidade à transformação no seu amplo sentido, nomeadamente no que se refere às questões de género. Todos/as temos responsabilidade na decisão em torno do que queremos para o futuro da formação e da profissão, com ênfase na subversão das discriminações de género que subtilmente persistem.

4. RESUMINDO

Neste capítulo, procurou-se trazer as vozes da intervenção das narradoras enquanto actoras e autoras das suas próprias vidas. No sentido de facilitar a compreensão dos processos transformadores, procedeu-se à contextualização prévia da margem de agência, em termos de sujeição percebida, da emergência dos sujeitos face aos contextos de sujeição, dando conta da identificação, por parte da maioria das narradoras, de espaços/momentos de formação como 'pontos de viragem' em direcção ao empoderamento.

Constatamos que a apreensão da natureza dual da condição de sujeito é muito difícil, dado que, concomitantemente, é sujeição face às condições externas e sujeito na acção (Hughes, 2002). Partindo de alguns desafios teóricos lançados por várias investigadoras que têm trabalhado a questão da agência em termos de género (Arnot e Dillabough, 2002; Araújo, 2000; Magalhães, 2005,), considerou-se a acção intencional transformadora nos planos individual, social e política. Assim, a interpretação decorrente deste domínio assenta num conceito mais radical de política.

A agência atravessa várias dimensões das suas vidas e da cidadania, nomeadamente na esfera privada, no contexto sócio-profissional, na participação em ONG's e na política no sentido mais convencional. A agência sócio-profissional foi, de longe, a mais evidenciada. A ênfase colocada no aproveitamento da "margem local" de actuação atravessa os discursos. Dito de outro modo, a transformação dos seus quotidianos de trabalho, a partir do olhar crítico-reflexivo, quer nas especificidades e razão última da existência dos seus serviços/instituições (formação e/ou prestação de cuidados de qualidade), quer em saberes e conhecimentos profundos, constitui o eixo estruturante dos discursos. A produção das práticas em oposição à reprodução brota profusamente das narrativas. Daí, o grande investimento das narradoras no

desenvolvimento de saberes e conhecimentos subjacentes às intervenções e abertura à sua recomposição a partir das mesmas.

Dos diálogos estabelecidos e pela voz de experiência, foram trazidos os desafios e oportunidades face a um futuro que se pretende que venha a ser nos termos definidos pelo colectivo. A identificação dos desafios de género colocou-se, primordialmente, no plano da recomposição de poderes profissionais, num contexto de feminização da medicina. Neste sentido, vislumbra-se, pois, um vasto caminho a percorrer na tomada de consciência e acção em direcção novos sentidos de cidadania.

Assim, e como ponto de partida para o pensar e fazer da formação em enfermagem, das gerações vindouras, o capítulo seguinte traz os principais contributos desta pesquisa.

CONCLUSÕES

A articulação entre cuidar, formar, investigar e gerir constitui o foco desta pesquisa assentando num percurso epistemo-metodológico de Histórias de Vida de enfermeiras, no sentido da procura das suas experiências, subjectividades e vivências.

Cruzando diferentes concepções sobre formação e enfermagem, algumas implicando rupturas com outras de “extensão doméstica”, esta tese coloca em jogo o pensamento (auto)crítico na interpelação dos diferentes lugares de cidadania de homens e mulheres num olhar que traz da História o que pode ser projecto de futuro. Ao longo do processo de construção sócio-histórica de uma profissão genderizada, cuja formação assentava no controle dos corpos e sexualidades, evidencia-se a agência destas enfermeiras que souberam confrontar algumas formas de dessexualização “da enfermeira” e de menorização do processo de produção de cuidados.

O foco do trabalho assentou na perspectiva de enfermeiras que participaram e/ou participam activamente na construção e consolidação do desenvolvimento profissional, iluminando as continuidades e descontinuidades subjacentes a esses diferentes processos. Procurou simultaneamente compreender e interpretar de que forma os processos de formação em enfermagem têm sido conformados e delimitados pelas relações sociais de género, baseando-se na análise de políticas de formação promulgadas no Estado Novo e no Estado Democrático, respectivamente nas décadas de quarenta, sessenta, na revolução de Abril e finais de oitenta a meados de noventa.

As opções epistemo-metodológicas assentaram no método biográfico, através da construção de Histórias de Vida em que se privilegiaram experiências, sentidos, vivências e emoções das próprias enfermeiras acerca dos constrangimentos e da agência nas diferentes esferas da cidadania, incluindo a vida privada. O trabalho de pesquisa inscreve-se, assim, numa produção teórica e metodológica que se afasta das perspectivas clássicas, privilegiando-se a partilha de sentidos entre pessoas biografadas e a pesquisadora, com base no método biográfico assente sobretudo na esteira de Ferrarotti (1983; cf.tb. Araújo 2000; Magalhães, 2005).

Procura trazer-se aqui o que se consideram ser as principais contribuições, desta tese.

• Políticas de domesticação da formação e da vida (década de 1940)

A intervenção do estado sobre o ensino de enfermagem, na sua generalidade, inicia-se na década de quarenta, na fase de maior vigor do salazarismo. Neste momento histórico, em que a função principal dos sistemas educativos residia na manutenção de uma ordem social, em que o lugar das mulheres se pretendia determinado pela autoridade masculina, o estado português criou condições que visaram a domesticação de percursos de formação e de vida das enfermeiras. Evidenciam-no um conjunto de diplomas legais orientados, de forma contínua e progressiva, para regulação e controlo do ensino de enfermagem e da vida privada das enfermeiras, e para a expansão minimalista hierarquizada e genderizada do ensino de enfermagem. Considera-se uma formação genderizada na medida em que o regime salazarista procurou, através da tipificação no “feminino”, regular a vida pública e privada das enfermeiras.

De facto, o diploma legal, referente ao ensino de enfermagem (1942), constitui-se no instrumento legal que deu início à uniformização e ao controlo de todas escolas dependentes do Ministério do Interior, mantendo-se a Escola Técnica de Enfermeiras (ETE) em situação de excepção, até porque era a única que se encontrava integrada no Ministério da Educação. Mantinham-se os/as enfermeiros/as distanciados dos processos que lhe diziam respeito, e nivelava-se o ensino de enfermagem pelo que havia de mais baixo, à época, ignorando dois modelos inovadores que então existiam. A hierarquização foi progressivamente assegurada pela abertura de uma escola oficial gozando de um estatuto claramente distinto (ETE), seguida da expansão do ensino por meio da criação dos dois níveis de formação, auxiliares de enfermagem e enfermeiras (1947). O regime empurrava, assim, a prestação de cuidados para a base da pirâmide, maioritariamente constituída por mulheres com uma formação reduzida, consolidando-se o ‘ideal de domesticidade’ dos cuidados. Deste modo, conformavam-se, ainda que não de forma absolutamente determinista, as ‘lentes’ de apreensão do valor social dos cuidados de enfermagem, bem como dos saberes e conhecimentos que exigem.

Da mesma forma, o controlo dos corpos e das sexualidades das enfermeiras, em

nome do “bem da família” e da dita *natureza feminina*, era consubstanciado e progressivamente reforçado através das sucessivas políticas de formação em enfermagem. Implementou-se “uma ficha cadastro”, passando o comportamento a constituir formalmente uma dimensão de controlo e de avaliação, que se prolongou para lá década de sessenta. Concomitantemente, implementava-se preferência feminina e proibia-se o exercício profissional, em contexto hospitalar, a enfermeiras casadas, abstendo-se “naturalmente” de qualquer argumentação. Imperavam, pois, as falsas moralidades.

É, neste sentido, que a pesquisa traz, por um lado, perspectivas diferentes de alguns/mas investigadores/as que consideram, por exemplo, que as primeiras políticas de âmbito nacional resultaram da oficialização da situação existente (Nunes, 2003) ou que a chave da reforma de 1942 se constituía na díade proficiência técnica e idoneidade moral (Carneiro, 2003). Por outro, a partir de uma abordagem não tradicional das políticas (Codd, 1988) e de textos produzidos por enfermeiras, à época, desocultaram-se processos de reivindicação de uma formação mais sustentada, enraizada em concepções de enfermagem e de “ensino” bem distintas da que o regime pretendia veicular. Aliás, dos textos emergem sinais bem evidentes do que hoje designamos de “metodologias activas” centradas na aprendizagem e no desenvolvimento do pensamento crítico, contrapondo simultaneamente com valores e ideologias acerca das mulheres que o governo veiculava.

• Investimento na formação num momento de opressão com contestação: as enfermeiras na decisão (década 1960)

Nos anos cinquenta, à luz do que ia acontecendo na sociedade portuguesa, começavam a ser perceptíveis ténues sinais de mudança, na enfermagem. Contudo, embora a revisão do ensino de 1952 revelasse um novo olhar sobre as escolas de enfermagem, impunham-se transformações estruturantes e profundas. Assim, o controlo e a regulação *versus* resistência e luta, bem como a valorização mitigada da formação, mantendo-se a hierarquização e genderização, constituem os acordes dominantes, trazidos pelas vozes das biografadas, em relação à década de sessenta, enquanto estratégias conflituantes de (re)configuração da formação e da profissão. A curta margem de transformação jogava-se entre a “pequena abertura política”, as necessidades prementes de mudanças no ensino

e na profissão e o enorme poder instituído. A receptividade à transformação, sobretudo por parte de um dos Ministros da Saúde, Neto de Carvalho, contrastava com a oposição acérrima por parte da maioria dos médicos, cujo entendimento em torno de 'ser enfermeiro/a' se restringia ao mero cumprimento de prescrições médicas. Alguns destes médicos exerciam influência política considerável sobre o regime, dificultando a acção transformadora. Emerge a noção de um contexto profundamente marcado por constrangimentos e lutas, mas também de "mudanças impensáveis", com amplos reflexos no processo de profissionalização e nas vidas das enfermeiras.

A integração da enfermeira Fernanda Resende na Direcção Geral dos Hospitais, sendo a primeira mulher a dirigir um serviço central, a transição da tutela das escolas do Ministério do Interior para o Ministério da Saúde e Assistência Social, a criação e funcionamento da Escola de Ensino e Administração dos Serviços de Enfermagem e a revisão do ensino de enfermagem de 1965 compõem o leque de rupturas estruturantes, lideradas por enfermeiras. É de realçar que algumas das vozes erguidas, cerca de vinte a quinze anos antes já apontavam nesse sentido. Tal facto é revelador, por um lado, da voz de agência de algumas enfermeiras, e, por outro, dos mecanismos de silenciamento a que têm estado sujeitas. Sem se pretender generalizar, esta realidade converge no sentido das percepções das biografadas em torno das dificuldades acrescidas com que os/as enfermeiros/as se têm confrontado no acesso à formação, quiçá fortemente relacionadas com as questões de género.

Nesta fase e nesta pesquisa, a política de subvalorização da formação surge consubstanciada por diversas formas, nomeadamente pelas diminutas habilitações literárias de acesso, pelo investimento acentuado e contínuo na formação de auxiliares de enfermagem, pela reduzida, quase inexistente, possibilidade de formação contínua e pela obstaculização à colaboração de organizações estrangeiras quando já era bem evidente a sua influência a outros níveis de ensino.

De qualquer modo, a formação de auxiliares de enfermagem, tendo sido uma das problemáticas decorrentes da política minimalista adoptada, registou opiniões substancialmente diferenciadas. As vozes mais discordantes enquadraram-na numa lógica economicista, que só tardiamente foi percebida nesses termos e de desvalorização governamental da formação e da prática de enfermagem, bem

como de cisão entre os elementos que se encontravam minoritariamente na área da prestação de cuidados e os que se situavam na gestão (enfermeiros/as), com repercussões consideráveis nas relações internas e no desenvolvimento da profissão. Sob ângulos de análise mais favoráveis, tendo-se assumido que a reduzida diferença salarial entre enfermeiras/os e auxiliares de enfermagem se constituiu numa medida de atracção de jovens de meios desfavorecidos e da província, também resultou numa oportunidade de promoção social e do seu desenvolvimento integral.

No que se refere à interferência do estado na vida privada, a questão da proibição do casamento das enfermeiras hospitalares, a maternidade na clandestinidade e a forte veiculação de valores e normas comportamentais, entre outras, através do controlo e regulação do corpos e das sexualidades, algumas não escritas, constituíram as dimensões mais debatidas. O desconhecimento do diploma legal que proibia o casamento às enfermeiras hospitalares, as estratégias adoptadas por elas e as implicações daí decorrentes, assim como a procura de sentido para o celibato foram aspectos enunciados. Subjacente à implementação daquela medida, oscilou um discurso entre a 'naturalidade' de um processo internacional, a veiculação de uma noção de família patriarcal como projecto ideológico do regime salazarista e a entrega plena à profissão e aos doentes inspirada no "sacerdócio laico".

Através dos discursos proferidos, depreende-se ter existido um certo silênciar da lei, tanto por parte das instituições de formação/trabalho, como de enfermeiras. As primeiras, provavelmente, na tentativa de não agravar as carências de pessoal de enfermagem. As segundas talvez para, a partir do silêncio, resgatar a margem possível de gestão estratégica das suas vidas privadas. Só ao fim de duas décadas de confronto e luta, isto é, na década de sessenta, é que o documento foi revogado, após oposições quer de enfermeiras quer de "companheiros de luta". Porém, tanto pela análise documental como pelas vozes das narradoras, é possível constatar que a revogação da lei se inscreve mais num cariz instrumental do que na mudança de valores e intenções do regime em relação à condição das enfermeiras hospitalares. Importa salientar que a luta pelo direito ao casamento, não deixando de ser paradoxal, na medida que se reivindicava o modelo dominante de família, não deixa igualmente de se constituir num desafio como reivindicação ao direito à vida privada, que o regime lhes tentava negar.

Provavelmente, a carência de pessoal de enfermagem, decorrente da abertura de novos hospitais centrais, da ampliação de outras instituições e serviços e da guerra colonial, a par com a contestação social, entre outros, constituíram factores concorrentes para esse desfecho. A maternidade na clandestinidade, a convocação da violência prática e simbólica subjacente à impossibilidade de mães e filhos/as assumirem publicamente as suas identidades, num contexto de 'maternidade enfatizada' (Magalhães 2005) adquiriu também um timbre particular. Desta forma, iam-se agravando as condições de dominação e opressão subjacentes à integração das enfermeiras na cidadania. O contrato sexual estava bem patente (Pateman, 2003).

• A procura de igualdade social, mas numa cegueira de género: a emergência do Estado Democrático

Das décadas anteriores, emergiram duas ideias estruturantes que, embora tivessem sido substancialmente mais evidenciadas durante o regime salazarista, não deixaram de ter expressão com o regime democrático, a saber: a intervenção do estado orientada para o nivelar restrito da formação em enfermagem com reflexos internos e externos à profissão, e o esforço acrescido a que os/as enfermeiros/as têm estado sistematicamente sujeitos/as na condução das transformações no sentido da construção da autonomia (relativa) da profissão e das vidas pessoais. Foi neste contexto, de confronto, de tensões e lutas, que foram enunciadas algumas transformações operadas nas políticas de formação em enfermagem e que algumas narradoras relacionaram com a mudança social, articulando tangencialmente as questões de género. As políticas promulgadas na década de setenta, embora consideradas "atrofiantes e estranguladoras", vieram, simultaneamente, acompanhadas de sinais de um esboçar de democracia, consubstanciada pela introdução jurídico-normativa (1970) de princípios básicos de gestão democrática das escolas, constituindo-se um fenómeno inovador, quando comparado com o sistema educativo.

Foi uma fase fortemente marcada pela prossecução de esforços orientados para a profissionalização, com a autonomia (relativa) profissional e a integração do ensino de enfermagem no ensino superior a ocupar lugares cimeiros das agendas de organizações de enfermagem nacionais e internacionais. Porém, a enfermagem confrontava-se com uma heterogeneidade de formações

académicas e profissionais, dificultando seriamente a reclamada integração no sistema educativo nacional.

Os Ventos de Abril trouxeram alterações relevantes. Passava-se a um nível único de formação inicial, dando-se juridicamente por terminada uma situação que se estribava na existência de cuidados “nobres” e cuidados “vis”, sendo os primeiros prestados por uma elite e os segundos relacionados com os cuidados directos com os corpos e que se constituíam apanágio de um pessoal secundário. Contudo, apesar deste período ter sido marcante em termos de sistemas educativos, na generalidade, para além da medida referenciada, o ensino de enfermagem mantinha-se alheado do sistema educativo nacional. O esforço inusitado do sindicato em nivelar pelos mínimos a carreira docente com simultânea revalorização da carreira de enfermagem e a manutenção das dificuldades em integrar os homens em algumas equipas consideradas tipicamente femininas conformam as particularidades trazidas pelos dizeres de algumas narradoras. Assim, a partir das vozes que as narradoras nos providenciaram, considerou-se que as políticas de formação em enfermagem, na Revolução de Abril, pugnaram pela *igualdade social e pela cegueira de género*.

• **Emergência de um novo ciclo na profissão e das questões de género (década de 1990)**

A fase de *transição do milénio* representa um marco indelével na história da profissão. Finalmente, conseguia-se a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional a nível do ensino politécnico, sendo esta uma questão amplamente debatida e problematizada no seio da profissão. Este acontecimento trouxe a possibilidade de enfermeiros/as acederem a diversos graus académicos e, simultaneamente, de ampliar as oportunidades de recomposição de saberes, que se pretendem numa relação dialéctica teoria/prática. Na perspectiva das narradoras, a fase que permeia a década de oitenta e o início de noventa marca a entrada de “um novo ciclo na profissão”, sendo a ampliação dos domínios de intervenção dos enfermeiros nas ditas áreas tidas como “femininas” e os “novos instrumentos de profissionalização” pontos fulcrais dos discursos. Os obstáculos à integração, por si já tardia, do ensino de enfermagem no ensino superior, as diferentes perspectivas que conformaram as estratégias a seguir na construção do Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem e na criação da Ordem

dos/as Enfermeiros/as, o ignorar, por parte do estado, da proposta de Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem construída com o envolvimento de enfermeiros/as expressam as renovadas formas de enredar os percursos de profissionalização, tanto da parte do estado como de alguns/as enfermeiras/os, em parte, em resultado da 'naturalização' da dominância social de género.

Simultaneamente, na perspectiva de género, as estatísticas e alguns estudos (Araújo, 2004) continuam a evidenciar o forte cariz da divisão sexual do trabalho e a hierarquização de poderes que lhe está subjacente. No sentido do que vem acontecendo na sociedade em geral, o posicionamento em relação aos enfermeiros (homens) na profissão tem vindo a alterar-se. Os enfermeiros que, de acordo com o narrado, foram "mal vistos", pelo menos, até meados da década de setenta, excepto quando inseridos em equipas de urgência ou de psiquiatria, na actualidade, começam a ser expressas preocupações por parte de alguns sectores em relação à (potencial) ameaça da 'masculinidade', face a uma formação que se mantém fortemente enraizada no "feminino", quer na sua forma, quer em termos quantitativos. A preocupação prende-se, pois, com a 'minoría' masculina, ignorando-se que esse 'feminino' lesa profundamente tanto a minoria como a maioria, como empobrece a sociedade pelo exercício da cidadania sob reservas.

Por tudo isto, pese embora as transformações operadas, considera-se que a inclusão alargada das enfermeiras na cidadania ainda tem um percurso grande a fazer, nomeadamente em termos internos.

• Do sentido fusional da formação às apropriações e paradoxos

O controlo completo dos corpos, das almas e as restrições das interacções, dos saberes e dos conhecimentos, enfatizando-se não as qualificações, mas as qualidades ditas 'femininas', constituíam algumas das condições através das quais o regime procurou assegurar a mais completa intercepção entre a vida privada e a vida pública das enfermeiras.

Na realidade, esta pesquisa trouxe especificidades da formação em enfermagem que imbricam na desocultação de percursos de formação enraizados no reforço do imaginário 'feminino' essencialista, cujos reflexos, embora mediados entre cada sujeito e a sociedade (e vice-versa), ecoam ainda de forma bem perceptível

nos dias de hoje. Um dos pontos a realçar prende-se com a noção consensual de que a formação em enfermagem foi, e é, condicionada pelo entendimento social do 'feminino'. Contudo, surgiram posições bem diferenciadas entre as biografadas. Enquanto duas das enfermeiras biografadas que iniciaram a sua formação na década de quarenta, tal conotação é favorável à enfermagem, sobretudo pela forma do que se designou de "maternalismo público", para as restantes as consequências foram e são bastante desfavoráveis.

Uma outra ideia que emergiu de forma bastante explícita resulta da percepção da interpenetração entre as categorias sociais de género, condição social e origem geográfica. Neste sentido, a pretendida reprodução da 'enfermeira' foi, nos dizeres das narradoras, à excepção da mais jovem, mediada pelo lugar social que se esperava que viessem a ocupar e implicou diversas condições, tendo algumas delas sido filtradas, reestruturadas e ressignificadas, no sentido da transformação e da produção dos sujeitos. Deste modo, os entendimentos sobre 'enfermagem' e a 'formação em enfermagem' foram-se diferenciando, dando origem a modelos de formação bastante heterogéneos. Por dinâmicas sociais diversas, concerteza inesperadas para o sistema vigente, os modelos de formação e os planos de estudos de reconhecido rigor e investimento científico acessível a uma minoria de enfermeiras, de um modo geral oriunda de grupos sociais mais favorecidos, foram-se difundindo de forma lenta, mas progressiva.

A organização dos serviços em termos de sexo (fazendo-se-lhe corresponder, sempre que possível, a distribuição de estudantes e pessoal de enfermagem também do mesmo sexo) e a organização de cuidados, com particular ênfase na limpeza e na ordem, foram lembradas como veiculação da extensão dos papéis socialmente atribuídos às mulheres na esfera privada. Era a actividade médica que constituía o eixo estruturante dos cuidados e não os/as doentes nas suas singularidades. Para algumas narradoras, inscritas na década de sessenta, a formação em algumas escolas fundava-se em dois princípios de igual força: a segurança e o conforto dos doentes e o "servir o médico". Nesta medida, a formação em enfermagem afiançou a transição de formas privadas de patriarcado para formas públicas.

A preferência feminina com recomendação explícita de internamento, sempre que as condições o permitissem, sendo a maioria dos lares-escolas supervisionados por enfermeiras docentes ou de instituições onde as escolas estavam integradas,

as rígidas regras não só relativas aos horários e normas de comportamento como também do vestuário, os exames feitos em condições de uma violência simbólica e prática evidentes constituem alguns dos acontecimentos, nas vozes de narradoras, reveladoras do reforço de regulação da formação em enfermagem comparativamente com a educação de mulheres, em geral. Porém, embora os lares-escolas tenham sido referenciados em relação à rígida disciplina imposta, também o foram pelos relevantes contributos para o desenvolvimento integrado dos sujeitos e para o forjar de oposições face às circunstâncias pretendidas de sujeição.

Da mesma forma, a divisão sexual do trabalho espelhada nas diferentes áreas disciplinares constituiu um dos pontos mais realçados. Enquanto as áreas biomédicas eram basicamente leccionadas por homens, as de enfermagem eram por mulheres e, quase todas, solteiras, sendo a maioria associada ao estereótipo da “solteirona”, cuja vida repartiam entre as escolas-hospitais e os lares. Contudo, foram as apelidadas de “mais arejadas”, “abertas” e “competentes” que, embora em minoria, se constituíram referências indeléveis nas vidas das biografadas. A vigilância apertada dos comportamentos e das sexualidades, os simbolismos em torno do uniforme e da aparência, os apelidos como estratégias de dessexualização e diferenciação sócio-profissional e o impacto dos corpos renegados sobre os corpos tratados conformam outros pontos de vista convocados pelas narradoras. Algumas narradoras assumiram que só no dealbar do século XXI e no âmbito da formação avançada, onde as questões das identidades profissionais e do género constituíram eixos centrais, é que compreenderam a relação entre os vários pormenores do uniforme na veiculação do ‘feminino’. Mais ainda, se esta regulação foi uma realidade reportada ao regime salazarista, tendo-se alterado com a revolução, na actualidade, parece retomar-se o controle dos corpos e das sexualidades como uma das estratégias da formação integral, embora actualmente se encontrem imersos noutra ordem discursiva.

• Agência na transformação dos quotidianos marcados pela sujeição

Em áreas e sob estratégias diferenciadas, as enfermeiras biografadas confrontaram, desafiaram e, por vezes, ultrapassaram processos que visavam a sua forte sujeição e a sua inclusão na cidadania como subordinadas e sem voz.

Desocultar a agência constituiu uma forma de dar visibilidade à rentabilização de margens de poder em contexto de marcada opressão. Instituiu-se, também, como uma acção política intencional em ruptura com a construção dos silêncios na e pela enfermagem. Nesse sentido, por questões de sistematização, apresenta-se a agência na esfera pública e na esfera privada, sendo que a primeira envolve diferentes agências: desde a agência sócio-profissional, à desenvolvida no âmbito da liderança em ONG'S, passando pela agência política no seu sentido mais convencional.

No âmbito *sócio-profissional*, destacaram-se a agência política na construção da autonomia (relativa) da profissão, a agência em diversas áreas de intervenção em enfermagem (prestação de cuidados, gestão e docência), a agência sindical, passando pelo confronto com relações patriarcais no mundo do trabalho.

Várias biografadas tiveram uma agência política relevante no âmbito da formação e de autonomização (relativa) da profissão, sobretudo a partir da década sessenta. Desde a concepção de cenários hipotéticos, até à construção pormenorizada dos discursos, passando pela determinação concreta do espaço/momento de acção, tudo se inscrevia no planeamento exaustivo criterioso, levado a cabo pelas enfermeiras que participaram na promulgação de algumas políticas, nas décadas de sessenta e seguintes. Este hábil agir expressa uma profunda racionalidade sócio-crítica e visão estratégica. Este facto, que atravessa diversas narrativas, foi particularmente evidenciado em alguns períodos da vida política portuguesa, nomeadamente na Revolução de Abril. Uma das biografadas, na qualidade de directora de uma escola distrital, tendo salientado as dificuldades de mobilidade mesmo dentro do país, da província para os grandes centros urbanos, (potenciadas por outras dimensões, nomeadamente de género) como constrangimentos indeléveis à formação e ao desenvolvimento profissional, procurou, através dos meios comunicação a que tinha acesso, fazer um acompanhamento apertado no sentido de perscrutar os desafios e oportunidades que a situação política colocava à formação. Em seu entender, urgia que a escola ampliasse a sua intervenção ao domínio internacional, sobretudo com Espanha. Deste modo, encetou um processo de partilha de experiências e conhecimentos, com enfoque especial na área da formação de adultos e na gestão organizacional.

A integração do ensino de enfermagem no ensino superior, a construção do

Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), a criação da Ordem dos enfermeiros constituíram domínios de intervenção de quase todas as biografadas. Pelas suas vozes, foram trazidos diversos enfoques em relação a cada um deles. Em relação ao primeiro, enquanto uma das biografadas salientou a sua agência no sentido de garantir ao grupo profissional a igualdade de oportunidades de acesso a diferentes graus académicos, em oposição a uma outra lógica existente assente na diferenciação (decorrente da defesa da integração de apenas algumas escolas de Enfermagem, no ensino superior), outra colocou ênfase na participação activa na criação de condições para que os/as profissionais de enfermagem construíssem as suas opiniões com base em informação sustentada e enformada num quadro ideológico plural. Em relação ao segundo, realça-se a determinação, pelo menos de uma das biografadas, em participar num processo que não se restringisse à mera promulgação de um diploma legal regulador da profissão. A acção transformadora levada a cabo passou pela concepção e desenvolvimento de um processo estribado na reflexão, na interpelação e na re/construção de novas concepções de enfermagem, que se pretendia conducente a mudanças estruturantes evidenciadas na qualidade dos cuidados de enfermagem. Deste modo, foi apresentado no Ministério da Saúde um ante-projecto de lei construído *com* e não *para* os/as enfermeiros/as, numa lógica de formação-acção. Contudo, o estado, agora dito democrático, ao impor uma estratégia que ignorava o referido trabalho, investia forte, não só no silenciamento de vozes de enfermeiros/as, como também no cerceamento de processos promotores da emergência dos sujeitos. Só o enfoque no “essencial da e para a profissão” permitiu a esta enfermeira (e outras colegas) prosseguir, não só o trabalho, mas também os pressupostos que presidiram à intervenção anterior, embora no grupo de trabalho também houvesse elementos que defendiam um processo, de certo modo, à margem do colectivo de enfermagem. Nesta pesquisa, realçou-se também a agência num dos domínios mais lutados na enfermagem, o *da formação ao longo da vida*. O sentido inacabado da formação e a necessidade emergente e sistemática de saberes mais aprofundados e actualizados, consubstanciados nas expressões “sabia tão pouco” ou “não sei nada” e “precisava de saber mais”, expressaram, por um lado, o entendimento e forma de pensar e estar na profissão absolutamente inusitados, destas enfermeiras e, por outro, o enorme fosso que, de um modo geral, as separava de

entidades responsáveis quer pela formação quer pelo exercício de enfermagem. Uma das biografadas, que iniciou a sua formação de base na década de quarenta, ora sozinha, ora com colegas, forjou, desde os primeiros anos da sua vida profissional, incursões pela enfermagem exercida nos EUA e em alguns países da Europa. Para além de não usufruir de qualquer apoio financeiro do estado, ainda se confrontou com a necessidade de mobilizar influências para que o governo a autorizasse a ausentar do país. Através de contactos prévios com instituições de formação e hospitalares dos países que as acolheram, asseguraram as condições mínimas, de modo a prosseguirem os seus desenvolvimentos, auto-financiados pelos seus trabalhos, conseguindo experiências e formações que não eram possíveis em Portugal, nomeadamente o bacharelato em enfermagem. Uma realidade conseguida trinta anos antes de existir essa possibilidade a nível nacional.

Importa referir que, mesmo após a integração do ensino de enfermagem no ensino superior, a maioria das Universidades continuou, durante alguns tempos, a impedir os/as enfermeiros/as com equivalência a licenciaturas em enfermagem a prosseguir a aquisição de outros graus académicos, à excepção da Universidade Nova de Lisboa e do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Ainda no domínio da formação, assinala-se a recusa, por parte de todas as narradoras, em re/assumir a prática de cuidados de enfermagem, após interregnos, sem um espaço/momento de formação em contexto de trabalho. Apesar das inúmeras “portas que se fecharam”, da incompreensão de instituições e de alguns pares face a tais reivindicações e, por vezes, da humilhação institucional com que se depararam, “a salvaguarda dos cuidados a que os utentes têm direito” constituiu-se um princípio intransferível. Tais posicionamentos traduzem o rigor técnico-científico, a consciencialização, a responsabilidade assumida perante o processo de cuidados, mas também o confronto com a manutenção de algumas concepções redutoras em torno da enfermagem e da natureza das suas funções, nomeadamente no seio interno da profissão.

A agência resultante da rentabilização da “margem local” para forjar diferenças, em oposição ao controlo das vidas privadas vigente durante o regime salazarista foi também referenciada. O respeito pelas vidas privadas, suas e de outras, constituiu um princípio determinante. Na medida em que basicamente eram as ‘normas de conduta’ e não o desempenho escolar e profissional que estavam em

jogo nas instituições, os posicionamentos assumidos expressavam uma dupla contestação: à invasão da vida privada de estudantes, professoras e funcionárias e à desvalorização de saberes, conhecimentos e habilidades subjacentes ao exercício profissional.

Nesta pesquisa, foi também interessante a atitude crítica das biografadas sobre os quotidianos de trabalho no sentido de operarem transformações nas diversas áreas de intervenção, sob os princípios defendidos por Florence Nightingale e retomados por diversos teóricos de enfermagem, ou seja, na articulação entre a prestação de cuidados, a gestão, a investigação e a formação em serviço. A contestação frontal e/ou incumprimento de normas de serviço e de ordens superiores, quando estava em causa a saúde dos/as cidadãos/ãs ou a dignidade profissional, emanam dos discursos em relação às diferentes fases que atravessam o estudo, revelando não só atitudes de não conformidade com o pensamento dominante como também de determinação em agir no sentido da transformação.

Prosseguindo uma perspectiva holística, a re/organização do atendimento, nomeadamente em termos de humanização e de rigor técnico-científico e a re/composição constante de saberes e poderes institucionais enraizaram-se na lógica estribada na estreita articulação entre o saber fazer, o saber ser, o saber estar, o saber transformar e transformar-se. Foi esta a tónica que marcou o agir intencional das biografadas, tanto no âmbito do exercício, como da docência.

Neste último domínio, também foram pioneiras em diferentes áreas. Desde a concepção arquitectónica, à criação de condições económicas para a ampliação de instalações (numa fase em que o estado se alheava o mais possível), passando pela criação de recursos mínimos de apoio ao estudo de estudantes e pela implementação de modelos de formação centrados nos/as discentes, com enfoque no desenvolvimento do pensamento crítico na tomada de decisão, bem como na criação de uma cultura e participação na vida da escola, tudo isto expressa a visão estratégica e a agência sócio-profissional e política destas enfermeiras. Mesmo na década de setenta, quando o estado decidiu ampliar o número de escolas destinadas à formação de auxiliares de enfermagem, em diversas capitais de distrito, sem ter criado o mínimo de condições necessárias à formação, na qualidade de directoras das mesmas, adoptaram diferentes estratégias, como por exemplo, a parceria com a “geração forte da saúde

pública”, a participação das decisões em matéria de saúde local e a problematização sobre o entendimento em torno dos cuidados de enfermagem, tendo em vista a ampliação de novos horizontes para a formação em enfermagem. Uma das narradoras nestas condições considerava que o facto de levar “a voz da escola” aos centros de tomada de decisão política local implicava o pleno domínio técnico-científico dos assuntos debatidos e, portanto, agia em conformidade com esse pressuposto. Desta forma, algumas foram pioneiras na tomada decisão, em termos de poder local, onde intervinham apenas homens.

Confrontaram-se também com relações patriarcais que atravessavam as instituições, não se intimidando mesmo face a gestos violentos (década de setenta). Pelo contrário, num marcado rigor e profissionalismo, deixavam bem claro que não cederiam a jogos de interesses, nem a ‘proteccionismos’ em relação às próprias ou aos/às outros/as por estes assentaram em princípios de submissão, subordinação, em suma, de injustiça social. Assim, foram conquistando os seus próprios espaços e vozes contribuindo simultaneamente para a re/conceptualização da enfermagem.

Também no sindicalismo, tivemos oportunidade de escutar em estereofonia a voz de uma das pioneiras na liderança de uma organização com este cariz. Neste contexto, foi particularmente interessante o pensamento crítico e inusitado em torno de dinâmicas de funcionamento e da própria concepção e âmbito de intervenção da organização, conferindo contornos singulares à acção transformadora. O trabalho com e não para os membros, a criação de uma cultura de proximidade em relação aos sócios e de participação activa em assuntos de interesse para a profissão (que ultrapassavam as condições salariais e regalias laborais) e a difícil compatibilização entre o ‘dever intangível’ de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem e de assegurar os ‘direitos dos/as profissionais’ constituíram o fulcro das agências sindicais.

Como se referiu anteriormente, embora tenha sido no plano sócio-profissional que mais se evidenciou a agência das biografadas, a acção transformadora intencional transcendeu este domínio. A *militância em ONG’s* em prol da justiça e da solidariedade, o confronto com poderes instituídos do foro político e religioso e o compromisso individual e colectivo com a transformação dos contextos de subordinação e exploração, quer a nível nacional, quer internacional, revestem a agência em outras esferas da cidadania, por parte de uma das narradoras.

Importa realçar que estes princípios, sobretudo de autonomia e emancipação, encontram-se vivamente reflectidos nas matrizes da apreensão das realidades e nas formas de pensar e agir em ordem à transformação das diferentes esferas da cidadania, sobretudo no domínio sócio-profissional.

No que se refere à *participação política* no sentido mais ortodoxo, constatou-se, nesta pesquisa, um afastamento expresso, quase generalizado, à semelhança do que ocorre na sociedade em geral. Há, contudo, a salientar a intervenção de duas enfermeiras: uma no forjar de políticas de mulheres, durante o Estado Novo, e outra pela militância política, pelo activismo feminista e na cidadania, desde o pós vinte cinco de Abril.

No que se refere à *agência na esfera privada*, tendo sido a menos evidenciada, há algumas particularidades que urge articular, nomeadamente no que se refere aos condicionamentos familiares. A família tradicionalmente organizada e a distância dos grandes centros urbanos surgiram como potenciadoras dos constrangimentos de género, com maior ênfase em determinadas fases da vida (filhos pequenos e reforma dos cônjuges associadas a exigências de saúde dos ascendentes). A maternidade emergiu como realização, mas também como óbice à participação e como culpabilização, tal como vários/as investigadores/as têm referido (Araújo, 2000; Ferreira, 2003; Magalhães 2005). Também o envolvimento dos maridos nas tarefas domésticas e no “cuidar dos filhos” oscilou entre o que foi designado de “ajuda”, percebendo-se a assumpção “natural” da responsabilidade da mulher, e a conquista muito recente da partilha das mesmas.

As famílias de origem constituíram-se, nesta pesquisa, quer como apoio quer como constrangimento, enquanto as famílias por afinidade, sobretudo na figura de mulheres se opunham aos desenvolvimentos, em alguns casos, frontalmente, noutros preferindo o cru e duro sarcasmo como tentativa de cerceamento da liberdade.

Uma outra singularidade surgiu, mesmo de forma curiosa, através da reacção claramente diferenciada da família de uma das biografadas face à assunção recente de cargos de gestão, quer pelo marido, quer por ela. Eram os homens, mas sobretudo as mulheres, que mais se salientavam e reforçavam (e reforçam) o sentido de que o espaço público e, particularmente a esfera da gestão, continuam a ser tipificados com o masculino.

Toda esta envolvência ajuda-nos a compreender as razões pelas quais algumas

das nossas narradoras perspectivaram, pelo menos em momentos das suas vidas, fenómenos de sujeição, subordinação e de opressão como “naturais” ou se interpelaram e culpabilizaram quando sentiram ou lhes fizeram sentir que se desviaram da ‘norma’ dominante.

Porém, o forjar de condições de acesso ao exercício profissional, isto é, ao trabalho na esfera pública, uma realidade ainda mais dificultada para as jovens que gozavam de um estatuto sócio-económico considerável, à época (primeira metade da década de quarenta), assim como o confronto directo e determinado com os progenitores masculinos, expressaram a não submissão ao poder paternal, nem ao estatuto de domesticidade atribuído às mulheres. Da mesma maneira, o apoio, por exemplo, à prossecução dos estudos do marido na prisão expressaram a agência familiar, numa esfera particularmente dificultada na vida das enfermeiras. A mais jovem das biografadas trouxe a debate as transformações operadas em articulação com o reaquacionamento da sua posição na vida e na família, na sequência da realização de um mestrado, onde as questões teóricas de género foram aprofundadas. Assim, embora a luta pela ampliação da cidadania na esfera doméstica tivesse sido referenciada, foi-o de forma menos intensa. A inculcação de valores e ideologias patriarcais através da educação formal e não formal e do forte carácter ‘fusional’ da formação em enfermagem poderá explicar, pelo menos em parte, esta situação.

Finalmente, na agência destas enfermeiras, muitos dos silêncios não significaram passividade ou conformidade, traduziram também dor, revolta e negação face a diferenças que se estribam em dicotomias que teimosamente tendem a persistir, pelo que importa apresentar uma breve reflexão em torno das suas perspectivas actuais e futuras em termos de exercício e formação em enfermagem.

• Pensando a formação e o exercício profissional das novas gerações

Pensar o futuro implica o equacionar do passado na sua articulação com o presente. Sob diferentes olhares, mas fundamentalmente críticos e centrados na formação inicial e na profissão, as *realidades* actuais parecem inscrever-se entre a crise e o retrocesso, esboçando-se alguma esperança. Foram convocadas fragilidades de um passado que teima em persistir, embora sob formas renovadas.

A proliferação descoordenada do ensino privado, sem monitorização da qualidade

dos processos formativos, o recrudescimento dos pressupostos economicistas em detrimento da centralidade na qualidade da formação, o afastamento de docentes da supervisão e orientação dos ensinos clínicos e dos estágios irromperam como factores altamente complexos e ameaçadores do desenvolvimento profissional. Na perspectiva de algumas narradoras, só não se atinge a precariedade do passado, porque os/as enfermeiros/as que estão na prestação de cuidados possuem uma formação muito superior. Na medida em que as instituições seguem uma política de gestão de recursos humanos onde as dotações correspondem aos mínimos recomendados ou a abaixo deles, a situação tende a ser muito preocupante.

Se o rigor no âmbito das dimensões técnico-científicas do atendimento em enfermagem surgiu num processo em reconhecida consolidação, várias incertezas se ergueram no campo sócio-relacional.

A prevalência de modelos de formação de tipo transmissivo de orientação normativa, a sobrecarga avaliativa e a recuperação de 'normas e regras', consubstanciadas, por exemplo, nos actuais 'guias de boas práticas' e em outros documentos inerentes aos 'programas de qualidade', em que a preocupação com a compreensão e apropriação dos princípios conceptuais que lhe estão subjacentes parece ser aligeirada, constituem, na opinião de algumas narradoras, dimensões fortemente comprometedoras do desenvolvimento do pensamento crítico. Neste contexto, face à percepção de passividade, de alheamento por parte da maioria de estudantes em relação aos processos formativos e à participação na vida das escolas, da expressão de formas renovadas de controlo dos corpos e das sexualidades, uma das biografadas faz emergir a sensação de profundo retrocesso democrático em comparação com o vivido no pós-revolução de Abril.

Se pretendemos continuar a ser autores/as e actores/as nos processos de mudança, não se pode ignorar que transportámos uma herança pesada de uma formação construída no '*feminino*'. Silenciadas e silenciando-se ao longo dos tempos, inseridas na esfera do trabalho solidamente edificada, no sentido da fusão entre esta e a esfera privada, as enfermeiras continuam, nas vozes da maioria das biografadas, fundamentalmente "voltadas para dentro". Assim, a produção científica, a divulgação, a participação na vida política e das organizações para além de ser incipiente, frequentemente, é invisibilizada pelas próprias enfermeiras. Foi ainda referido que a reduzida participação na vida

pública ocorre, independentemente, das enfermeiras possuírem ou não família organizada e que, de um modo geral, assumem posições favorecedoras da ocupação de cargos de destaque pelo sector masculino.

Apesar de se perspectivar uma luz de esperança nos planos de estudo de grande parte dos cursos de enfermagem conferentes de grau por integrarem abordagens promotoras do desenvolvimento global dos/as formandos/as, “repensar o ensino de enfermagem” foi o desafio lançado em uníssono. A re/orientação de âmbito e natureza da formação e da carreira docente, as estratégias a adoptar na mudança e o estudo das alterações das dinâmicas profissionais por inerências às transformações de género na área da medicina expressam outras dimensões nomeadas.

Tendo por base diferentes enfoques dados em torno da formação em enfermagem, é possível identificar quatro grandes desafios: i) assegurar a centralidade das expectativas da comunidade consubstanciada, entre outras, pela dimensões sócio-relacionais e pela revalorização dos “eixos vinculativos da profissão”, ou seja, da segurança e do conforto; ii) garantir o impacto sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem em consonância com a formação acrescida dos/as enfermeiros/as; iii) integrar as mudanças no âmbito da socialização familiar, sobretudo no que se refere ao cuidar que cada vez mais se encontra a cargo de instituições sociais; e iv) ampliar a intervenção de enfermagem em termos de cidadania activa, integrando a participação política também no sentido convencional, particularmente em termos de decisões municipais.

A responsabilidade das escolas na formação para o activismo na cidadania e o envolvimento dos seus dirigentes, enquanto condição crucial para que a mensagem seja mobilizada pelos/as formandos/as, constituíram a ‘pedra toque’ do último item referenciado.

Visando-se a melhoria da articulação entre formação e trabalho, algumas sugestões foram no sentido da conjugação entre a docência e a responsabilidade pela prestação directa de cuidados, apontando para a necessidade de se proceder à reestruturação da carreira docente. Deste modo, o desafio lançado entronca no desenvolvimento da carreira académica em estreita relação com a produção de conhecimento em contexto de trabalho, sob o paradigma da investigação-acção. A exigência de uma formação complementar a todos/as os/as

docentes que não possuam habilitações pedagógicas revestiu um outro tipo de suscitações, mas mais na esteira de formar para mudar.

Conscientes dos desafios erguidos, mas também das oportunidades em que se podem transformar, algumas biografadas apontaram a acção colectiva, a superação da actual 'onda' de individualismo e o desenvolvimento de uma visão estratégica com re/equacionamento das questões de género como estratégias a adoptar.

Nesta pesquisa, tendo o método biográfico no seu centro, através de um percurso críptico e heurístico, desocultaram-se processos de lutas, de resistências, de cisões, de conflitos abertos ou sob silêncios, de estratégias concertadas, de contradições e paradoxos subjacentes a dinâmicas sociais que outras metodologias não permitem trazer ao conhecimento.

A “*magia* do conhecimento” (Magalhães, 2005: 605) e como a partir dele se materializaram as vozes interiores como vozes de sujeitos criativos, agindo na vida com que se confrontaram e confrontam no sentido do empoderamento e agência, com uma intensidade similar aos inúmeros constrangimentos erguidos e reconfigurados sob matizes diferenciadas pela interpenetração do individual com diversas categorias sociais para além do género e o colectivo, surpreendeu-nos. Neste sentido, embora estejamos plenamente conscientes de que a formação não é suficiente para assegurar a transformação social, os processos de mudança passam pela formação nos seus múltiplos contextos, nomeadamente pelos espaços de formação formal.

O desfiar de diferentes experiências de vida, a assumpção clara por parte de uma minoria das narradoras, e progressiva e explícita consciencialização dos constrangimentos de género, por parte de outras, muito consubstanciados em espaços/momentos em que se afirmava “nunca tinha pensado nisso” ou “engraçado, estou agora a pensar nisso”, articulando-os com os novos desafios colocados à formação em enfermagem, mais do que a dissipação de dúvidas, acentuou o nosso compromisso com o pensar, o estar e o fazer na formação e na profissão de enfermagem numa lógica politicamente orientada para a participação pessoal, mas também para a promoção colectiva do exercício activo da cidadania. Nesta medida, convoca-se Laura Fonseca (2006: 165) no pressuposto de que a “experiência regista o sujeito, nomeia a opressão e aponta para a transformação”.

Impõe-se continuar um percurso que assegure a desconstrução discursiva e prática dos reflexos de uma formação estribada na veiculação das esferas da vida.

Parece-nos assim que, de um modo geral, as transformações intencionais no que se refere às questões de género em articulação com outras dimensões sociais se encontram em mudança, mas num processo bastante inicial, conformando um desafio considerável em termos da repolitização da formação e do papel dos/as formadores/as em articulação com a sociedade num plano mais alargado, no sentido de se ampliar a justiça social.

Urge que todos/as juntos/as enfrentemos os nossos medos, tomemos consciência dos diversos mecanismos e processos envolvidos na re/produção das desigualdades e nos esforcemos por contribuir intencionalmente para promoção de pluralidades, de diferenças de igual valor, bem como para a criação de condições mais igualitárias à participação de todos/as em todas as esferas da cidadania.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Wilson (1997) *Olhem como eles aprende a ser enfermeiros! Estudo etnográfico da formação das identidades profissionais dos enfermeiros em contexto escolar*. Porto: Dissertação apresentada em concurso de provas públicas para a categoria de professor-coordenador.
- ADÃO, Luís (1956), *O Problema da Enfermagem. Conferência proferida em Ponta Delgada*. Lisboa: Escola de Enfermagem Artur Ravara.
- ADÃO, Luís (1945), *Relatório da Viagem a Espanha para Estudo das Escolas de Enfermagem desse País*. Lisboa.
- ADÃO, Luís (1945), "A Escola de Enfermagem «Artur Ravara». Distribuição de prémios aos alunos", *Boletim da Assistência Social*, (27, 28), 117-119.
- ADÃO, Luís (1944), "Inauguração do Ano Lectivo da Escola de Enfermagem Artur Ravara". *Boletim da Assistência Social*, Direcção Geral da Assistência, 11, 496-497.
- AFONSO, Almerindo (1998), *Políticas Educativas e Avaliação Educacional. Para uma análise sociológica da reforma educativa em Portugal (1985-1995)*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- ALLIGOOD, Martha; TOMEY, Ann (2004), "Significado da Teoria para a Enfermagem, Enquanto Disciplina e Profissão" in Martha Alligood; Ann Tomey (orgs) *Técnicas de enfermagem e sua obra. Modelos e Teorias*. Loures: Lusociência, 5ª ed, 15-31.
- ALVAREZ, Silvina (2001), "Diferencia y Teoria feminista" in Elena Beltrán; Virgínia Maquieira (orgs) *Feminismos. Debates teóricos contemporâneos*. Madrid: Alianza Editorial, 243-286.
- AMÂNCIO, Lúcia (2003), "O género no discurso das ciências sociais", *Análise Social*, 168, 687-714.
- AMÂNCIO, Lúcia (2002), "O Género na psicologia social em Portugal: perspectivas actuais e desenvolvimentos futuros", *ex æquo*, 6, 55-75.
- AMÂNCIO, Lúcia (2001), "Mitos e Racionalidades sobre a «Natureza» Feminina" in Maria Luísa Ferreira (org) *Pensar no feminino*. Lisboa: Colibri, 29-34.
- AMÂNCIO, Lúcia (1994), *Masculino e Feminino. A construção social da diferença*. Porto: Afrontamento.
- AMENDOEIRA, José (2006), *Uma Biografia Partilhada em Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- ANTUNES, Fátima (1998), *Políticas Educativas para Portugal, anos 80-90. O debate acerca ensino profissional na escola pública*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- APPLE, Michael (2001), *Educação e Poder*. Porto: Porto Editora.
- ARAÚJO, Helena Costa (2007), "Cidadania na sua polifonia – debates nos estudos de educação feministas", *Educação Sociedade & Culturas*, 25, 83-116.
- ARAÚJO, Helena Costa (2004) "Em torno de subjectividades e de *Verstehen* em histórias de vida de professoras primárias nas primeiras décadas do século XX" in Helena M. Abrahão, *Teoria e Empíria*. Porto Alegre: Edipucrs, 311-327.
- ARAÚJO, Helena Costa (2001), "A Emergência da Cidadania das Mulheres e a Educação" in Teresa Santos e Sara Marques Pereira (orgs.) *Leonora da Fonseca Pimentel: a Portuguesa de Nápoles (1752-1799)*. Lisboa: Livros Horizonte, 95-104.
- ARAÚJO, Helena Costa (2000), *Pioneiras na educação. As Professoras Primárias na Viragem do Século, 1870-1930*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- ARAÚJO, Helena Costa (2000a), "Motherhood and citizenship: educational conflicts in Portugal" in Madeleine Arnot e Jo-Anne Dillabough (orgs.) *Challenging Democracy – international perspectives on Gender, Education and Citizenship*, Londres/Nova Iorque: Routledge/Falmer, 105-121.
- ARAÚJO, Helena Costa (1998), "O masculino, o feminino e a escola democrática" in Teresa Alario Trigueros, Carmen Alario Trigueros e Carmen Garcia Colmenares (coord) *Hacia una Pedagogia de la Igualdad*. Salamanca: Amarú Ediciones, 21-39.
- ARAÚJO, Helena Costa (1995), "As Professoras primárias e as suas histórias de vida: das origens aos primeiros anos da vida profissional", *Educação, Sociedade & Culturas*, 3, 7-36.
- ARAÚJO, Helena Costa (1993), "Uma outra visão sobre o professorado." *Colóquio Educação e Sociedade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 161-183.
- ARAÚJO, Helena C. (1991) "Procurando as lutas escondidas através das histórias de vida", *Consulta Psicológica*, 6, 33-40.

- ARAÚJO, Helena Costa; HENRIQUES, Fernanda (2000), "Política para a igualdade entre sexos em educação em Portugal", *ex æquo*, 2/3, 141-151.
- ARAÚJO, Helena; MAGALHÃES, Maria José (1999), *Des-fiar vidas. Perspectivas Biográficas, Mulheres e Cidadania*. Lisboa: Comissão para Igualdade e para os Direitos das mulheres. Cadernos Co-educação.
- ARAÚJO, M. Lucília Escobar (2004), *O sexo das profissões*. Porto: Afrontamento.
- ARNOT, Madeleine (1996), "Valores Feministas e Educação Democrática: repensar a Igualdade e a Diferença" *Educação, Sociedade & Culturas*, 5, 209-231.
- ARNOT, Madeleine; ARAÚJO, Helena C.; DELYANNI-KOUMITZIS, Kiki; IVINSON, Gabrielle; TOMÉ Amparo (2000), «The Good Citizen»: Cultural understandings of citizenship and gender amongst a new generation of teachers" in M. Leicester, C. Mogdil & Sohan Mogdil (orgs) *Politics, education and citizenship* (orgs). Londres: Falmer Press, 217-231.
- ARNOT, Madeleine (2000b), "Citizenship Education and Gender" in A. Locker; B. Crch; J. Annette (orgs) *Education for Democratic Citizenship Issues of Theory and Pratic*. Andershot; Averbury, 103-119.
- ARNOT, Madeleine; DILLABOUGH, Jo-Anne. (2002), "Reformular os debates educacionais sobre a cidadania, agência e identidade das mulheres", *ex æquo*, 7, 18-45.
- ARNOT, Madeleine; ARAÚJO, Helena; DELIYANNI, Kiki; IVINSON, Gabrielle (2000), "Changing Femininity, Changing Concepts in Public and Private Spheres" in *European Journal of Women's Studies*, 7, 149-168.
- AZEVEDO, Joaquim (2000), *O ensino secundário na Europa. Neoprofissionalismo e o sistema educativo mundial*. Porto: Asa.
- BALANDIER, Georges (1983) "Prefácio" in Franco Ferrarotti, *Histoire et Histoires de Vie, la méthode biographique dans les sciences sociales*. Paris: Librairie des Méridiens, 6-9.
- BALY, M. (1986), *Florence Nighthingale and Nursing Legace*. Londres: Croom Helm Ltd.
- BAPTISTA, Virginia (1999), *As mulheres no Mercado de Trabalho em Portugal: Representações e Quotidianos (1890-1940)*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- BARBALET, J.M. (1989) *A cidadania*. Lisboa: Estampa.
- BASTO, Marta de Lima (2005), "Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23, Janeiro/Junho, 25-41.
- BENNER, Patricia (2001), *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- BERGER, Guy (1992), "A investigação em educação: modelos sócio-epistemológicos e inserção institucional", *Revista de Psicologia e Ciências da Educação*, 3/4, 23-36.
- BERTAUX, Daniel (1997), *Les Récits de Vie*. Paris: Nathan Université.
- BEVIS, Olivia (2005a), "Clarificando as Consequências: Relembrando o passado. A História do Desenvolvimento do Curriculum de Enfermagem – O Passado Formatou o Presente, in Olivia Bevis; Jean Watson (orgs) *Rumo a um Curriculum de Cuidar. Uma Nova Pedagogia para a Enfermagem*. Loures: Lusociência, 17-42.
- BEVIS, Olivia (2005b) "Ensinar e Aprender: A chave para a educação e o profissionalismo, in Olivia Bevis; Jean Watson (orgs) *Rumo a um Curriculum de Cuidar. Uma Nova Pedagogia para a Enfermagem*. Loures: Lusociência, 173-211.
- BIVAR, Maria de Fátima (1971), *Ensino Primário e Ideologia*. Lisboa: Dom Quixote.
- BOURDIEU, Pierre (1999), *A Dominação Masculina*. Oeiras: Celta.
- BOURDIEU, Pierre (1996), "Novas reflexões sobre a dominação masculina" in Marta Júlia M. Lopes, Dagmar E. Meyer; Vera Regina, Waldow (orgs) *Género & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 13-18.
- BRASÃO, Inês Paulo (1999), *Dons e disciplinas do corpo feminino: os discursos sobre o corpo no Estado Novo*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- BURESH, Bernice; GORDON, Suzanne (2004), *Do Silêncio à Voz*. Coimbra: ariadne
- BUTLER, Judith (1999), "Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do "sexo" in Guacira Louro (org), *O Corpo Educado. Pedagogias da Sexualidade*. Belo Horizonte: a Autentica, 151-171.
- CALADO, Maria; BRITO, Ana Sara (2002), *Maria Palmira Tito de Morais*. Lisboa: Cultura.
- CANÁRIO, RUI (1997) "Formação e Mudança no Campo da Saúde" in Rui Canário (org) *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora, 117-142.
- CARAPINHEIRO, Graça (1993), *Saberes e Poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento.

- CARMO, Isabel do; AMÂNCIO, Lúcia (2004), *Vozes insubmissas. A história das mulheres e dos homens que lutaram pela igualdade dos sexos quando era crime fazê-lo*. Lisboa: Dom Quixote.
- CARNEIRO, Marinha do Nascimento (2003), *Ajudar a Nascer. Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (séculos XV-XX)*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Porto.
- CARNEIRO, Marinha do Nascimento (1998), *O Signo de Lucina. Contextos de institucionalização e formação das parteiras*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Porto.
- CAROL, Anne; CARRIGUES, Jean; IVERNEL, Martin (1997), *Resumo de História do Século XX*. Lisboa: Plátano.
- CARSON, Fiona (2001) "Feminism and the Body", in Sarah Gamble, *Feminism and PostModernism*, Londres: Routledge, 117-128.
- CASTILHO, Adriano de (1961), "Do Ensino de Enfermagem. II – Estudando alguns problemas. Separata do Jornal o Médico, XVI (955), 3-40.
- CODD, John A. (1988) "The construction and deconstruction of educational policy documents" in *J. Education Policy*, 3, 3, 235-247
- COMITÉ INTERNACIONAL CATÓLICO DE ENFERMEIRAS E ASSISTENTES MÉDICO-SOCIAIS (1972) "Relatório das actividades do C.I.C.I.A.M.S. V Congresso Europeu, Madrid", *Servir*, 20, 168-173 e 182.
- COMITÉ INTERNACIONAL CATÓLICO DE ENFERMEIRAS E ASSISTENTES MÉDICO-SOCIAIS, (1970) "IX Congresso Mundial. C.I.C.I.A.M.S: Manila", *Servir*, 18, 9-10.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (2003), *Cuidar...A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência, 2º ed.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1989), *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COMISSÃO PARA A IGUALDADE E PARA OS DIREITOS DAS MULHERES (2003), *A igualdade de género em Portugal*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- COMISSÃO ORGANIZADORA DO I CONGRESSO NACIONAL DE ENFERMAGEM (1972) "Carta Circular", *Servir*, (20), 1-3.
- CONNELL, Robert (1995), *Masculinities*. Cambridge UK: Polity Press
- CORRÊA, Beatriz de Mello (2002), *Imagens e Memórias da Escola Técnica de Enfermeiras, 1940-1988*. Lisboa: Lusodidacta
- CORRÊA, Beatriz de Mello (1959) "O problema da carência da enfermagem. O problema da carência do pessoal de enfermagem. O regime legal em vigor – Urgência no prosseguimento das iniciativas tomadas em 1955", *Enfermagem Portuguesa*, Ano II, (1), 30-33.
- CORRÊA, Beatriz de Mello (1958), "Alguns aspectos do exercício da Enfermagem em Portugal", *Enfermagem Portuguesa*, Ano I, (1), 3-7.
- CORTESÃO, Luíza (2000), *Escola, Sociedade. Que relação?* Porto: Afrontamento, 3º ed.
- CORREIA, José Alberto (1998). *Para uma teoria crítica em educação. Contributos para uma recentificação do campo educativo*. Porto: Porto Editora.
- COSTA, Maria Arminda (2002) *Cuidar Idosos*. Lisboa-Coimbra: Educa e Formasau.
- COSTA-SACADURA (1954), "A Enfermagem-Missão Espiritual pelo Amor do Amor do Próximo", *Separata de «O MÉDICO»*, 138, 3-12.
- COSTA- SACADURA (1942), *Apointamentos para a história da enfermagem em Portugal*. Lisboa: Imprensa Médica
- COUCEIRO, Maria do Loreto Paiva (2000), *Autoformação e Co-Formação no Feminino: Abordagem existencial através das histórias de vida*. Tese de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa.
- CRAMPE-CASNABET, Michèle (1994), "A mulher no pensamento filosófico do século XVIII" in Geniviève Fraisse e Michelle Perrot (orgs) *História das Mulheres. Do Renascimento à Idade Moderna*. Porto: Afrontamento, vol. III, 428-467.
- CRUZ, Manuel Braga da (1992), O Estado Novo e a Igreja, in Joel Serrão e A.H. Oliveira Marques (orgs), *Nova História de Portugal. Portugal e o Estado Novo (1930-1960)* Lisboa: Editorial Presença, 201-255.
- CRUZ, Manuel Braga da, (1989), "Salazar e a Política", in Duarte Silva; António Pinto; César Oliveira; Fernanda Rollo; Fernando Rosas; Jorge Ramos do Ó; José M.B. Brito; Manuel B. da Cruz (orgs) *Salazar e o Salazarismo*. Lisboa: Dom Quixote, 59- 70.

- D' ÂNGELO, Virgínia (2001), "Género, diferencia y desigualdad" in Elena Beltrán; Virgínia Maquieira (orgs) *Feminismos. Debates teóricos contemporâneos*. Madrid: Alianza Editorial, 127-189.
- DAUFIN, Cécile (1994), "Mulheres sós" in Geniviève Fraisse e Michelle Perrot (org) *História das Mulheres. O século XIX*. Porto: Afrontamento, 477-493.
- DAVIS, Kathy (1997) "Embodiment Theory. Beyond Modernist and Postmodernist Readings of the Body" in Kathy Davis, *Embodied Practices. Feminist Perspectives on the Body*. Londres: Sage, 1-23
- DEAN, Jodi (1997) "Introdução: Siting/Citing/Sighting the New Democracy", in Jodi Dean (org.) *Feminism and the New Democracy, Resiting the Political*, Londres, Sage Publicações, 1-12.
- DERRIDA, Jacques (2001), *Posições*. Belo Horizonte: Autentica.
- DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA DA ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA E DA FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN (2001). Lisboa: Verbo
- DINGWALL, Robert; RAFFERTY, Anne; WEBSTER, Charles (1988) *Introduction to the Social History of Nursing*. Londres: Routledge.
- DONAHUE, Patrícia (1985), *Historia de la Enfermería*. Madrid: Doyma.
- DOMINICÉ, Pierre (1988), "O que a vida lhes ensinou" in António Nóvoa e Mathias Finger (orgs), *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DREYFUS, François-George; MARX, Roland; RAYMOND, Poidevin (1996), *História Geral da Europa. De 1789 aos nossos dias*. Men-Martins: Europa-América.
- ENCICLOPÉDIA LUSO BRASILEIRA (S.d). Lisboa: Verbo, VOL. 12
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE S. VICENTE DE PAULO (1997), *60º Aniversário - 1937-1997*. Lisboa.
- ESTANQUE, Elísio; MENDES, José Manuel (1999) "Análise de classes e mobilidade social em Portugal", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 52/53, 173-197.
- ESTEVAO, Carlos (2001) "Formação, gestão, trabalho e cidadania contributos para uma sociologia crítica da formação", *Educação & Sociedade*, 22, 77. [On-line], http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302001000400009, 12/07/07.
- FABRE, Michel (1995), *Penser la Formation*. Paris: PUF.
- FERNANDES, M. Teresa (1996), *Dimensões e contextos da identidade Profissional das enfermeiras*. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e das Organizações ISCTE.
- FERRAROTTI, Franco (1983) *Histoire et Histoires de Vie, la méthode biographique dans les sciences sociales*. Paris: Librairie des Méridiens.
- FERREIRA, Gonçalves (1990) *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- FERREIRA, J.M Carvalho; NEVES, José; CAETANO, António (2001) *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.
- FERREIRA, Maria Luísa Ribeiro (2001), "Reflexões sobre o Conceito de Género" in Maria Luísa Ferreira (org) *Pensar no feminino*. Lisboa: Colibri, 47-58.
- FERREIRA, Virgínia (2003), "Teorias das diferenças entre os sexos – a definição das mulheres e dos homens como colectivos sociais" in *Relações Sociais de Sexo e Segregação do Emprego*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, 27-158.
- FERREIRA, Virgínia (1999a), "Os paradoxos da situação das mulheres em Portugal", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 52/53, 199-227.
- FERREIRA, Virgínia (1999 b), "As acções positivas e a segregação do emprego em Portugal", in Anne Cova e Beatriz Silva (orgs), *As Mulheres e o Estado*. Lisboa, Universidade Aberta, 167-176.
- FONSECA, Laura (2007) "Corpo Falado: sexualidades, poder e educação". *Educação Sociedade e Culturas*, 25, 135-168.
- FONSECA, Laura (2006), *Vozes, Silêncios e Ruídos na educação escolar das raparigas*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Porto.
- FONSECA, Laura (2001), *Culturas Juvenis, Percursos Femininos*. Oeiras: Celta.
- FONSECA, Tânia (1996), "De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e género" in Marta Júlia M. Lopes, Dagmar E. Meyer; Vera Regina, Waldow (orgs) *Género & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 63-75.

- FONTAINE; Anne-Marie (1977) *A discriminação sexual dos papéis sociais nos manuais portugueses de aprendizagem da leitura*. Coimbra: Departamento de Psicologia e de Ciências da Educação.
- FOUCAULT, Michel (2002), *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 26ª ed.
- FOUCAULT, Michel (1994), *História da Sexualidade(I,II, III)*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- FRANCIS, Becky (2001) "Beyond postmodernism: feminist agency in educational research", in FRANCIS, Becky e Christine Skelton, *Investigating Gender. Contemporary perspectives in education*. Londres: Open University Press, 65-76.
- FRASER, Nancy (2002) "A Justiça Social na Globalização: Redistribuição, reconhecimento e participação", *Revista Crítica de Sociais*, 63, 7-20.
- FRASER, Nancy (2001), "Repensar o Reconhecimento: superar el desplazamiento y la reificación em las políticas culturais" in Rita Radl Philipp (org) *Cuestiones Actuales de Sociología del género*. Santiago de Compostela: Centro de Investigaciones Sociológicas, 29-42.
- FRASER, Nancy (1997), "Equality, Difference and Democracy: Recent Feminist Debates in the United States", in Jodi Dean, (org) *Feminism and the New Democracy, Resiting the Political*. Londres: Sage Publicações, 98-109.
- FRASER, Nancy; GORDON, Linda (1995), "Contrato versus Caridade: Porque não existe cidadania social nos Estados Unidos", *Revista Crítica das Ciências Sociais*, 42, 27-52.
- FREIRE, Paulo (2005), *Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Paz e Terra.
- GALCERÁN, Monserrat (2001), "Naturalismo e Anti-Naturalismo em Torno da Distinção Sexo/Gênero" in Maria Luísa Ferreira (org) *Pensar no feminino*. Lisboa: Colibri, 35-46.
- GEOVANINI, Telma; DORNELLES, Soraia; MOREIRA, Almerinda; MACHADO, Wiliam (1995), *História da Enfermagem. Versões e Interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter.
- GIDDENS, Anthony (2004), *Sociologia*. Lisboa: Fundação Gulbenkian, 4º ed.
- GIDDENS, Anthony (2000), *Dualidade e Estrutura, Agência e Estrutura*. Oeiras: Celta.
- GIORGIO; Michela (1994), "O modelo católico" in Geniviève Fraisse e Michelle Perrot (org) *História das Mulheres. O século XIX*. Porto: Afrontamento, 198-237.
- GORJÃO, Vanda (2002), *Mulheres em Tempos Sombrios. Oposição feminina ao Estado Novo*. Imprensa Ciências Sociais.
- GRÁCIO, Sérgio (1986), *Política educativa como tecnologia social. As reformas do ensino técnico de 1948 a 1983*. Lisboa: Livros horizonte.
- GRAMSCI, António (1971), *Selections from the Prison Notebook*. Nova Iorque: International Publishers.
- GREER, Germaine (2000) *A Mulher Total*. Lisboa: Editorial Notícias.
- GUINOTE, Paulo (2003), "A educação no feminino (1900-2000). Discursos, Números e Olhares" in Zília Osório de Castro (org) *Falar de Mulheres. Da igualdade à paridade*. Lisboa: Livros Horizonte, 153-226.
- HADFIELD, Mark; HAW, Kaye (2001) 'Voice', Young people and Action Research, *Educational Action Research*, 9, 3, 485-499.
- HALL, Catherine (1973) "Quem controla a profissão de Enfermagem? Papel da Associação Profissional", *Revista de Enfermagem*, Julho/Agosto, 20, 4, 13-24.
- HARAWAY, Donna (1994) "Ecce Homo, Ain't (Ar'n't) I a Woman, and Inappropriate/d Others: The Human in a Post-humanist Landscape", in Judith Butler e Joan W. Scott, *Feminists Theorize the Political*. Londres: Routledge, 86-100.
- HARTSOCK, Nancy (1990), Foucault on Power a theory for Women? In *Feminism/postmodernism*. Nova Iorque e Londres: Routledge.
- HAWLEY, Dale R.; DEHAAN, Laura (1996) "Toward a Definition of Family Resilience: Integrating LifeSpan and Family Perspectives" in *Family Process*, 35, 3, 1996, 283-298;
- HESBEEN, Walter (2006), *Trabalho de Fim de Curso, Trabalho de Humanidade. O Emergir como autor do seu próprio pensamento*. Loures: Lusociência.
- HESBEEN, Walter (2000), *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- HENRIQUES, Fernanda; PINTO, Teresa (2002) "Educação e género. Dos anos 70 ao final do século XX: subsídios para a compreensão da situação", *ex æquo*, 6, 11-54.
- HIGONNET, Anne (1994) "Mulheres e imagens. Aparências, lazer, subsistência" in Geniviève Fraisse e Michelle Perrot (orgs) *História das Mulheres. O século XIX*. Porto: Afrontamento, 297-401.
- HONORÉ, Bernard (2004), *Cuidar. Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (1987), *Curso de Enfermagem Geral. Plano de Estudos e Programas*. Lisboa.

- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (1977), *Curso de Enfermagem*. Lisboa.
- KERGOAT, Danièle (1996) "Relações sociais de sexo e divisão do trabalho" in Marta Júlia Lopes; Dagmar Meyer; Vera Waldow, *Género & Saúde*, 19-27.
- KÈROUAC, Suzanne; PEPIN, Jacinthe; DUCHARME, Francine; DUQUETTE, André; MAJOR, Francine (1996), *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- KNIBIEHLER; Yvonne (1994), "Corpos e Corações" in Geniviève Fraisse e Michelle Perrot (dir) *História das Mulheres. O século XIX*. Porto: Afrontamento, 351-401.
- KNIBIHLER; Yvonne (1984), *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980*. Paris: Hachette.
- JOAQUIM, Teresa (2006), *As causas das mulheres. A comunidade infigurável*. Lisboa: Livros Horizonte.
- JOAQUIM, Teresa (1983), *Dar à luz. Ensaio sobre as práticas e crenças da gravidez, parto e pós-parto em Portugal*. Lisboa: Dom Quixote.
- JOSSO, Marie-Christine (2002) *Experiências de Vida e de Formação*. Lisboa: Educa.
- JOSSO, Marie-Christine (1991) *Cheminer vers Soi*. Lausanne: L'Age d'Homme
- LESNE, Marcel (1987) *Trabalho pedagógico e educação de adultos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- LESNE; Marcel; MINVIELLE, Yvon (1988) "Socialisation et formation d'adultes", *Éducation Permanente*, 92, 23-38.
- LEWIS, Magda Gere (1993) *Without a Word. Teaching Beyond Women's Silence*. Londres: Routledge.
- LIGA PORTUGUESA DA ACÇÃO SOCIAL (1952), *A Acção da Liga Portuguesa de Profilaxia Social em prol do casamento das enfermeiras dos Hospitais Cívicos*. Porto: Liga Portuguesa de Profilaxia Social.
- LIMA, Ilda (2003), *O Corpo (in)visível em contexto escolar: Impacto na Construção da Identidade corporal na Adolescência*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Porto.
- LISTER, Ruth (2002), "Cidadania: um desafio e uma oportunidade para as feministas", *ex-æquo*, 7, 165-178
- URRUTIA, Carmen (2003), "Cómo se utiliza el proceso de cuidados de enfermería?", *Revista ROL de Enfermería*, 26, 5, 354-362.
- LOPES, M. Amélia (2001), *Libertar o Desejo Resgatar a Inovação. A Construção de Identidades Profissionais em docentes*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- LOPES, Marta Júlia (1996), "Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde" in Marta Júlia M. Lopes, Dagmar E. Meyer; Vera Regina, Waldow (orgs) *Género & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 55-75.
- LOPES, Noémia (1994), *Recomposição dos Saberes, Ideologias, e Identidades de Enfermagem*. Dissertação e Mestrado em Sociologia, Instituto Superior de Ciências do Trabalho em Sociologia.
- LOPES, Noémia (2001), *Recomposição Profissional de Enfermagem: Estudo Sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto.
- LOUÇÃ, Francisco; ROSAS, Fernando (2004) "Teses sobre o futuro" in Francisco Louça e Fernando Rosas (orgs), *Ensaio Geral. Passado e Futuro do 25 de Abril*. Lisboa: Dom Quixote.
- LOURO, Guacira (2000), *Curriculo, Género e Sexualidade*. Porto: Porto Editora.
- LOURO, Guacira (1999), "Pedagogias da Sexualidade" in Guacira Louro, *O corpo educado*. Belo Horizonte: a Autêntica, 7-34.
- LOURO, Guacira (1996), "Nas redes do conceito de género" in Marta Júlia M. Lopes, Dagmar E. Meyer; Vera Regina, Waldow (orgs) *Género & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 13-18.
- LOURO, Guacira (1989), "Magistério de 1º Grau: um trabalho de mulher", *Educação e Realidade Social*, Porto Alegre, 14 (2), 31-39..
- LUZ, Deolinda Antunes (2005), *Do Fazer ao Ser. Representação social do Enfermeiro para o aluno de enfermagem*. Lisboa: Tese de Doutoramento da Universidade Aberta.
- MACHADO, Helena (2004), "Cidadania polifónica e a (in)justiça para as mulheres", *ex-æquo*, 11, 13-26.
- MAGALHÃES, Maria José (2007), "Agência Feminista e das Mulheres. Procurando o novo Sujeito Feminista", in Lígia Amâncio; Manuela Tavares; Teresa Joaquim; Teresa Sousa de Almeida (orgs) *O Longo Caminho das Mulheres. Feminismos 80 anos depois*. Lisboa: Dom Quixote, 229-244.

- MAGALHÃES, Maria José (2005), *Mulheres, Espaços e Mudanças: O pensar e o fazer na educação das novas gerações*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Porto.
- MAGALHÃES, Maria José (2003), Em torno da definição do conceito de agência feminista, *ex-æquo*, 7, 189-198.
- MAGALHÃES, Maria José (1998), *Movimento Feminista e Educação*. Lisboa: Celta.
- MAGALHÃES, Maria José; PINTO, Helena (2004), "Olhei à minha volta e reparei" in Francisco Louçã; Fernando Rosas (orgs) *Ensaio Geral. Passado e Futuro do 25 de Abril*. Lisboa: Dom Quixote.
- MAGALHÃES, Maria José; FERNANDES, M. Laura; OLIVEIRA, Olga (1991), *História de Vida de uma Operária da Indústria Corticeira. Construção das identidades femininas através de diferentes processos educativos*. Lisboa: CIDM.
- MALGLAIVE, Gérard (1996) "La formation contre l'emploi ou l'emploi contre la formation?" *Education Permanente*, 4, 129, 57-62.
- MALGLAIVE, Gérard (1990), *Enseigner à des adultes. Travail et pédagogie*. Paris: PUF.
- MARQUES, Sofia (2002), "Masculinidades inquietas: Uma possível Reflexão...", *ex-æquo*, 7, 107-111.
- MARSHALL, Barbara L. (1994), *Engendering Modernity: Feminism, Social Theory and Social Change*. Cambridge: Polity Press.
- MARSHALL, Thomas H. (1967), *Cidadania, Classe Social e Status*: Rio de Janeiro: Zahar.
- MARTINS, Maria João (1999), *O pecado não mora ao lado. O Estado Novo contra a sedução. Uma história da sedução*. Lisboa: Cultura
- MELEIS, Afaf I, (1991) *Theoretical nursing: Development & Progress*. (coord) Londres: J.B. Lippincott Company.
- MEYER, Dagmar (1996), "Do poder ao género: uma articulação teórico-analítica" in Marta Júlia M. Lopes, Dagmar E. Meyer; Vera Regina, Waldow (orgs) *Género & Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 13-18.
- MIDDLETON, Sue (1993) *Educationg Feminists. Life Histories and Pedagogy*. Nova Iorque: Teachers College Press e Columbia University.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA (1966), *Revisão do Ensino de Enfermagem em 1965*. (mimeo).
- MÓNICA, Maria Filomena, (1996), "A evolução dos costumes em Portugal, 1960-1995" in António Barreto (org), *A Situação Social em Portugal, 1960-1995*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, 215-231.
- MÓNICA, Maria Filomena, (1978), *A Educação e Sociedade no Portugal de Salazar. (A escola Primária Salazarista 1926-1939)*. Lisboa: Editorial Presença.
- MORAIS, Palmira Tito de (1946), "Enfermagem científica. Considerações acerca da evolução Histórica", *Separata o Jornal o Médico*, VIII (200), 655-662.
- MORAIS, Carminda; CRACEL, Cândida (2004), "Adolescência. Consumo de álcool e intervenção em saúde", *Nursing*, 15, 29-32.
- MORAIS, Carminda; CRACEL, Cândida (2003), "(Re)Pensando as dinâmicas de intervenção em saúde", *Ordem dos Enfermeiros*, 10, 43-45.
- MOREIRA, Martha Cristina Nunes (1999), "Imagens no Espelho de Vénus: Mulher, Enfermagem e Modernidade", *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 7, 1, 55-65.
- MORGAN, David H.J (1997), "The Body" in David Morgan, *Family Connections, an Introduction to Family Studies*. Londres: Polity Press, 113-135.
- MORGAN, Robin (1970), *Sisterhood is Powerful. An Anthology of writings from the Women's liberation Movement*. Nova Iorque: Vintage Books.
- MORROW, Raymond; TORRES, Carlos Alberto (1997), *Teoria Social e Educação*. Porto: Afrontamento.
- NETO, M. Clara Roquette Viana (2006), *Representação do Cuidar em Enfermagem: Uma visão de Professores e Estudantes*. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Estudos sobre as Mulheres, Universidade Aberta.
- NEVES, Helena; CALADO, Maria (2002), *O Estado Novo e as Mulheres. O Género como Investimento Ideológico e de mobilização*. Lisboa: Biblioteca do Museu da República e Resistência.
- NOGUEIRA, Conceição (2001), *Um novo olhar sobre as relações sociais de género – feminismo e perspectivas críticas na psicologia social*. Lisboa: F. Gulbenkian.
- NOGUEIRA, Conceição (2001a), "Construcionismo Social, Discurso e Género", *Psicologia*, Vol XV, 43-65.

- NOGUEIRA, Manuel (1990), *História da Enfermagem*. Porto: Edições Salesianas, 2ª ed.
- NÓVOA, António (2002) "Prefácio" in Maria Marie-Christine Josso, *Experiências de Vida e de Formação*. Lisboa: Educa.
- NÓVOA, António (1992), "A Educação Nacional". in Joel Serrão e A.H. Oliveira Marques (dir), *Nova História de Portugal. Portugal e o Estado Novo (1930-1960)*, Lisboa: Editorial Presença, 453-519.
- NÓVOA, António (1991), "Os professores - Quem são? Onde vêm? Para Onde vão" in Stephen Stoer (org) *Educação Ciências Sociais e Realidade Portuguesa: uma abordagem pluridisciplinar*. Porto: Afrontamento, 59-130.
- NÓVOA, António (1988) "A formação tem que passar por aqui: As histórias de vida no projecto Prosalus" in António Nóvoa e Mathias Finger (org) *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde, 107-130.
- NÓVOA, António (1986), *Le Temps des Professeurs*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- NUNES, Lucília (2003), *Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência.
- OLIVEIRA, César (1992), "A Evolução Política" in Joel Serrão e A.H. Oliveira Marques (org), *Nova História de Portugal. Portugal e o Estado Novo (1930-1960)*. Lisboa: Editorial Presença, 18-85.
- OLIVEIRA, César (1989), "Oliveira Salazar e a Política Externa Portuguesa: 1932-1968", in Duarte Silva; António Pinto; César Oliveira; Fernanda Rollo; Fernando Rosas; Jorge Ramos do Ó; José M.B. Brito; Manuel B. da Cruz (orgs) *Salazar e o Salazarismo*. Lisboa: Dom Quixote, 71-99.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2007) "Montepio rectifica situação", *Ordem dos Enfermeiros*, Junho, 26, 48.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2001), *Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- PARSONS, Talcott; BALES, Robert (2002), *Family Socialization and Interaction Process*. Londres: Routledge, 4ª ed.
- PATEMAN, Carole (2003), "O Contrato Sexual: o fim da história?", *ex-æquo*, 8, 31-44.
- PATEMAN, Carole (1995), *El contrato sexual*. Barcelona: Anthropos.
- PEDREIRA, Elena Beltrán (2001), "Justiça, democracia y ciudadanía: las vías hacia la igualdad" in Elena Beltrán; Virgínia Maquieira (orgs) *Feminismos. Debates teóricos contemporâneos*. Madrid: Alianza Editorial, 191-237.
- PEDRO, Ana Paula (2002), *Percursos de uma educação em valores em Portugal. Influências e Estratégias*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- PETITAT, André, (1989), *Les Infirmières. De la Vocation à la Profession*. Québec: Boreal.
- PLATAFORMA DE PEQUIM (1995), <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/doc/pequim95.htm>, 10/09/07
- PLUMMER, Ken (2001) *Documents of Life 2, an invitation to a critical humanism*. Londres: Sage.
- PHILIPP, Rita Radl (2001), "Acerca del estatus epistemológico crítico de las investigaciones de género" in Rita Radl Philipp (org) *Cuestiones Actuales de Sociología del género*. Santiago de Compostela: Centro de Investigaciones Sociológicas, 29-42.
- PIMENTEL, Irene (2007), "O Estado Novo, as mulheres e o feminismo", in Lígia Amâncio; Manuela Tavares; Teresa Joaquim; Teresa Sousa de Almeida (orgs) *O Longo Caminho das Mulheres. Feminismos 80 anos depois*. Lisboa: Dom Quixote, 90-123.
- PIMENTEL, Irene (2000), *História das Organizações no Estado Novo. O Estado Novo e as Mulheres. A Obra das Mães pela Educação Nacional. A Mocidade Portuguesa Feminina*. Men Martins: Círculo de Leitores.
- PINTASILGO, Maria de Lourdes (1981), *Os Novos Feminismos*, Lisboa, Moraes Editores.
- PINTO, Fátima (2007), *Olhar a Cidadania através da subjectividade de mulheres portadoras de deficiência*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Porto
- PINTO, Teresa; HENRIQUES, Fernanda (1999), *Coeducação e Igualdade de Oportunidades*, Lisboa: Comissão para a Igualdade e os Direitos das Mulheres.
- POIRIER, Jean; CLAPIER-VALLADON, Simone; RAYBAUT, Paul (1995) *Histórias de Vida. Teoria e prática*. Oeiras: Celta.
- PORTO, João (1958), "A Organização Hospitalar Portuguesa", *Enfermagem Portuguesa*, Ano I, vol I, 3-7.

- PORTO, João (1954), "A Enfermeira, Militante da Saúde e Colaboradora do Médico", *Separata do Boletim Assistencial*, 26-37.
- RADFORD-HILL, Sheila (2000), *Further to fly. Black Women and the Politics of Empowerment*, Minneapolis: University of Minnesota Press.
- REIS, Joaquim da Cruz (1998), *O Sorriso de Hipócrates. A integração Biopsicossocial dos processos de Saúde e Doença*. Lisboa: Veja.
- REGALA, Crisanta Monteiro (1971), "Considerações sobre a Enfermagem", *Jornal o Médico*, 421-423.
- RIBEIRO, Agostinho (2003), *O Corpo que Somos. Aparência, sensualidade, comunicação*. Lisboa: Editorial Notícias.
- RIBEIRO, Arnaldo (2007), *Governância Municipal. Cidadania e governação nas câmaras municipais portuguesas*. Viana do Castelo: Centro de Estudos Regionais.
- RIBEIRO, Dília de Almeida (1949/1950), "A preparação da enfermeira segundo o conceito actual de enfermagem", *Enfermagem Portuguesa*, 9, Ano II, Vol I, 28-29; 44.
- RIBEIRO, Lisete Fradique (1995), *Cuidar e Tratar. Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*. Lisboa: Educa.
- ROBERTS, J.M (1997), *Breve História do Mundo. Das guerras mundiais à actualidade*. Lisboa: Editorial Presença.
- ROBBINS, Stephen (1998) *Comportamento Organizacional*. Rio de Janeiro: Afiliada, 8ª ed, 1998.
- ROCHA, Cristina (1991) "*Contribuição do Ensino Secundário Liceal Feminino para um modelo de educação pública da mulher-1880-1940*". Porto: Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação.
- RODRIGUES, Maria de Lourdes (1997), *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Celta
- ROSAS, Fernando, (2004), "Notas para um debate: A revolução e a democracia" in Francisco Louça e Fernando Rosas (org), *Ensaio Geral. Passado e Futuro do 25 de Abril*. Lisboa: Dom Quixote.
- ROSAS, Fernando, (1994), "O Estado Novo (1926-1974)", in José Mattoso (dir.), *História de Portugal*. Lisboa: Círculo de Leitores, vol VII
- ROSAS; Fernando (1992), "As Grandes Linhas da Evolução Institucional", in Joel Serrão e A.H. Oliveira Marques (orgs), *Nova História de Portugal. Portugal e o Estado Novo (1930-1960)*. Lisboa: Editorial Presença, 86-143.
- ROSAS, Fernando (1989), "Salazar e o Salazarismo: Um caso de longevidade Política", in Duarte Silva; António Pinto; César Oliveira; Fernanda Rollo; Fernando Rosas; Jorge Ramos do Ó; José M.B. Brito; Manuel B. da Cruz (orgs) *Salazar e o Salazarismo*. Lisboa: Dom Quixote, 13-31.
- ROSS, Beverly, (2004) "O processo de enfermagem e cuidados de saúde à família" in: Shirley May Hanson, *Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação*. Loures: Lusociência, 2ª. Ed, 157-179
- SANTIAGO, Rui; ALARCÃO, Isabel; OLIVEIRA, Lúcio (1997) "Percursos na formação de adultos. A propósito do modelo de Marcel Lesne" in Idalina Sá-Chaves (org), *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto editora, 9-36.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (1994), *Pela Mão De Alice. O social e o político na pós-modernidade*. Porto: Afrontamento.
- SANTOS, M. Adelina Bandeira Correia (1993), *Formação e Identidade Profissional dos Enfermeiros de Saúde Comunitária. Um estudo de Caso*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- SARMENTO, Teresa (2002), *História de vida de educadoras de infância*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- SASSOON, Anne Showstack (1987), "Introdução" (org) *Las Mujeres y el Estado*. Madrid: Vindicacion Feminista, 23-54.
- SALGUEIRO, Nidia (2004), "Lares de Alunas (os) de Enfermagem e de Enfermeiras (os) de Coimbra. Enquadramento Histórico Social, *Referência*, 12, 85-95.
- SCOTT, Joan (1994), "Prefácio a Gender and Politics of History", *Cadernos Pagu* (3), 9-62.
- SCOTT, Joan (1990), "Género: uma categoria útil de análise histórica". *Educação e Realidade Social*, Porto Alegre, 16(2), 5-22.
- SIMÕES, Joaquim; AMÂNCIO, Lúcia (2004), "Género e Enfermagem. Um estudo sobre minoria masculina", *Sociologia*, 44, 71-88.
- SHÖN, Donald (1996), "A la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et ce qu'elle implique pour l'éducation des Adultes" in Jean-Marie Barbier, *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris: PUF, 201-222.

- SOARES, Isabel (1997), *Da Blusa de Brim à Touca Branca. Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)*. Lisboa, Educa.
- SOARES, Isabel; FREITAS, Marília Viterbo (2001), "História de Florence Noghtingale – 1820-1910", *Enfermagem*, 21, 24-41.
- SOUSA, Maria Augusta (1995), "A Enfermagem nos Últimos 20 Anos", *Enfermagem em Foco*, Ano V, 7-9.
- SOUSA, Mariana Dulce Diniz (1983), "Evolução do Ensino de Enfermagem em Portugal, nos Últimos 25 Anos", *Comemorações do XXV Aniversário da Escola de Enfermagem de S. João*, policopiado.
- STANLEY, Liz (2000) "From 'self-made women' to 'women's made-selves'? Audit selves, simulation and surveillance in the rise of public woman", in COSSLETT, Tess; Celia Lury e Penny Summerfield, *Feminism and Autobiography, Texts, Theories, Methods*, Londres: Routledge, 40-60.
- STANLEY, Liz (1993) "On Auto/biography in Sociology", *Sociology*, vol. 27, nº 1, Fev, 41-52.
- STEEDMAN, Carolyn (2000) "Enforced Narratives. Stories of Another Self", in COSSLETT, Tess; Celia Lury e Penny Summerfield, *Feminism and Autobiography, Texts, Theories, Methods*, Londres: Routledge, 25-39.
- STOER, Stephen (1994) "O Estado e as Políticas Educativas: uma proposta de mandato renovado para a Escola Democrática", *Revista Crítica das Ciências Sociais*, 41, 3-33.
- STOER, Stephen (1986) *Educação e Mudança Social em Portugal- 1970-1980. Uma década de Transição*. Porto: Afrontamento.
- STOER, Stephen; ARAÚJO, Helena (1992), *Escola e Aprendizagem para o trabalho num país da (Semi)Periferia Europeia*. Lisboa: Escher.
- STOER, Stephen; STOLEROFF, Alan; CORREIA, José Alberto (1990), "O Novo Vocacionalismo na Política Educativa em Portugal e a Reconstrução da Lógica da Acumulação", *Revista Crítica das Ciências Sociais*, 29, 11-53.
- SUBIRATS, Marina; BRULLET, Cristina, (1988), *Rosa y Azul*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- SUMMERFIELD, Penny (2000) "Dis/composing the subject intersubjectivities in oral history" in Tess Cosslett, Celia Lury e Penny Summerfield, *Feminism and Autobiography, Texts, Theories, Methods*. London and New York: Routledge, 91-106.
- TEODORO, António (2001a), *A Construção Política da Educação. Estado, mudança social e políticas educativas no Portugal contemporâneo*. Porto: Afrontamento.
- TEODORO, António (2001b), "Organizações internacionais e políticas educativas nacionais: A emergência de novas formas de regulação transnacional, ou uma globalização de baixa intensidade", in Stephen Stoer; Luiza Cortesão; José Correia, (orgs) *Transnacionalização da educação. Da crise da educação à educação da crise*. Porto: Afrontamento, 124-161.
- TEODORO, António (1994), *Política Educativa em Portugal. Educação, Desenvolvimento e participação política dos Professores*. Venda Nova: Bertrand.
- TORRES, Anália Cardoso (2004), *Vida conjugal e trabalho: uma perspectiva sociológica*. Oeiras: Celta editora.
- TILLY, Louise (1994), "Género, História das Mulheres e História Social", *Cadernos Pagu* (3), 9-62.
- VALA, Jorge (1986), "A análise de conteúdo" in Augusto Santos Silva, José M. Pinto (orgs), *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto, Afrontamento, 1986, 101-128.
- VARELA, Jesuína Maria Fialho Varela (2007) *Desenvolvimento de Competências para a Promoção da Saúde em Contexto de Trabalho. O caso do estágio complementar de um curso de licenciatura em enfermagem*. Dissertação de mestrado na área de Educação e Desenvolvimento, Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa.
- VICENTE, Ana (1998), *Os Poderes das Mulheres os Poderes dos Homens*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- VIEIRA, Maria Manuel (1993), "Letras, artes e boas maneiras: a educação feminina das classes dominantes", *Análise Social*, vol XXVIII, 120, 7-53.
- WALBY, Sílvia (1990), *Theorising Patriarchy*. Oxford: Basil Blackwell.
- WAERNES, Kari (1987), "Sobre la Racionalidade del Cuidado" in Anne Showstack Sassoon (org) *Las Mujeres y el Estado*. Madrid: Vindicacion feminista, 241-272.
- WALDON, Vera Regina (1998), "Examinando o conhecimento na Enfermagem" in Dagmar Mayer; Vera Regina Waldow, *Marcas da diversidade: Saberes e Fazeres da Enfermagem Contemporânea*. Porto Alegre: ARTMED, 51-85.
- WATSON, Jean (2005), "Um novo Paradigma de Desenvolvimento Curricular." In Olívia Bevis; Jean Watson (orgs) *Rumo a um Curriculum de Cuidar. Uma Nova Pedagogia para a Enfermagem*. Loures: Lusociência, 43-56.

- WATSON, Jean (2002), *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- WEEDON, Chris (1989), *Feminist Practice and Poststructuralist Theory*, Londres: Basil Blackwell.
- WEEKS, Jeffrey (1999), "O Corpo e a Sexualidade" in Guacira Louro (org), *O Corpo Educado. Pedagogias da Sexualidade*. Belo Horizonte: a Autentica, 37-82.
- WEILER, Kathleen (2003) "Freire e uma Pedagogia Feminista da diferença", *ex æquo*, 8, 91-112.
- YOUNG, Iris M. (2003), "O gênero como serialidade. Pensar as mulheres como colectivo Social", *ex æquo*, 8, 113-139.
- YOUNG, Iris M. (2003a) *Corpo vivido vs Gênero: Reflexões Sobre Estrutura Social e Subjectividade*, Departamento de Ciência Política da Universidade de Chicago. [On-line], <http://iyoung@ucicargo.edu>, 02/02/06.
- YOUNG, Iris (1997), *Intersecting Voices- Dilemmas of gender, political philosophy, and policy*. Princeton/Nova Jersey: Princeton University Press.
- YOUNG, Iris M. (1990), *Justice and the politics of difference*. Nova Jersey: Princepton University Press.

Legislação consultada

- Decreto nº 31: 666, de 12, de Novembro, de 1941.
- Decreto 32:612, de 31, de Dezembro, de 1942.
- Decreto nº 31: 913, de 12, de Novembro, de 1942.
- Decreto nº 36: 219, de 10, de Abril, de 1947.
- Decreto-Lei nº 38884, de 28 de Agosto de 1952
- Lei nº 2120, de 19 de Julho, de 1963.
- Portaria nº 22539, de 22 de Fevereiro de 1967.
- Decreto-Lei nº 46772, de 20 de Dezembro de 1965.
- Decreto nº 47 884, de 31 de Agosto de 1967.
- Portaria 23335 de 25 de Abril de 1968.
- Decreto-Lei nº 480, de 23 de Dezembro de 1980.
- Decreto-Lei nº 285, de 16 de Junho de 1983.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 82/2007, Diário da República, 1ª Série, nº 119, 22 de Junho, 2007.

ANEXOS

Anexo I. Grelha de pré-categorização

ÍNDICE

PRÉ-CATEGORIZAÇÃO – CONJUNTO	2
CARACTERIZAÇÃO	2
“Auto-retrato”	2
Caracterização sócio-familiar e escolar	2
FORMAÇÃO INICIAL	4
Escolha do curso	4
Curso de formação inicial	4
Avaliação na formação inicial	4
EXPERIÊNCIA DE VIDA/AGÊNCIA EM DIFERENTES ESFERAS DE CIDADANIA	5
Âmbito sócio-profissional	5
Constrangimentos /acção transformadora no âmbito da formação em contexto de trabalho	5
Agência Sindical	12
Agência política na consolidação da autonomia (relativa) da profissão	15
Agência em Ong’s a nível nacional e internacional	18
Agência Familiar	20
POLÍTICAS E GÉNERO	20
Lideranças femininas	20
Dois níveis de formação	20
Passagem a nível único de formação	21
Integração no ensino superior	22
REPE	22
Ordem dos Enfermeiros	22
A CONSTRUÇÃO DE UMA FORMAÇÃO NO “FEMININO”	23
“Entendimento da formação e da enfermagem e o feminino”	23
Relações sociais de género, contextos, modelos e actores na formação	23
Organização dos cuidados/serviços e género	23
Modelo de formação	24
Lar-escola	25
Bolsa de estudo	26
Actores/as de formação	26
Formação e condição social	27
Apelidos	28
Homens na profissão	28
PERCEPÇÃO DA FORMAÇÃO E DO EXERCÍCIO, NA ACTUALIDADE	29
VISÃO DE FUTURO	30

PRÉ-CATEGORIZAÇÃO

Pré-categorias		Enunciados	Pág.
CARACTERIZAÇÃO			
“Auto-retrato”			
471		Preciso que as coisas me façam sentido, não sou capaz de fazer, por fazer.	6
Caracterização sócio-familiar e escolar			
468		Nasci na segunda metade da década de quarenta (...).	1
5		Era a última das quatro filhas, com uma diferença de quatro anos e meio da mais velha.	1
5.1		A minha irmã, mais tarde, fez o curso de magistério primário.	2
1		Cresci entre a terra natal da minha mãe, onde a minha avó era lavadeira de roupa das senhoras ricas, a quem eu entregava as camisas e os lençóis direitinhos, para que não tivessem uma única ruga, e a Freguesia onde os meus pais se fixaram a trabalhar, por volta dos meus 6/7 anos.	1-2
2		Fiz a 1ª classe com a minha mãe, que era regente, na altura.	2
114		Tinha terminado o 5º ano do liceu.	2
415		Os meus pais tinham uma mercearia e taberna separadas por uns taipais, que o meu pai trouxe da feira da ladra, onde todos trabalhávamos, até nós pequenitas.	2
43		O meu pai cultivava o trabalho como uma honra, a honestidade e a verdade como forma de lidar com os outros.	2
43.1		Ser proprietário de um comércio era a grande ambição do meu pai e a música o seu sonho. Organizava com os amigos noites de fado, onde tocava a guitarra ou a viola,	2

	Organizava com os amigos noites de fado e, mais tarde, tornou-se profissional, em casas de fado.	que sempre lhe conheci e com as quais mais tarde se tornou profissional em várias casas de fado.	
382	Era a minha mãe que, na penumbra, fazia o equilíbrio entre o ritmo de trabalho que o meu pai imprimia a todos e a garantia de conseguirmos fazer, pelo menos, a 4ª classe. Era a gestora dos nossos tempos de trabalho, de estudo e de brincadeira. Com um apurado sentido de justiça, imprimia-nos a constante necessidade de partilhar o que tínhamos para todos podermos ter alguma coisa.	Era, pois, a minha mãe que, na penumbra, fazia o equilíbrio entre o ritmo de trabalho que o meu pai imprimia a todos e a garantia de podermos fazer, pelo menos, a 4ª classe. Era a gestora dos nossos tempos de trabalho, de estudo e de brincadeira. Com um apurado sentido de justiça, imprimia-nos a constante necessidade de partilhar o que tínhamos para todos podermos ter alguma coisa.	2
468	Como os meus pais só podiam suportar os estudos de duas das quatro filhas, a continuação dos estudos era negociada desde que passávamos para a 4ª classe. Foi-me posta a questão para eu decidir.	A continuação dos estudos era negociada desde que passávamos para a 4ª classe. Os meus pais só podiam suportar os estudos de duas das quatro filhas, de cada vez. Sendo a mais nova, apesar de só uma das minhas irmãs ter seguido o liceu (...) a minha mãe colocou-me a mesma questão: -A 4ª classe vais fazer, mas tens que decidir se queres estudar mais. É tão digno estudar como trabalhar! - Disse-me.	2
468.1	Decidi continuar a estudar.	Decidi, assim, continuar a estudar.	2
469	A minha mãe era uma excelente pedagoga, estavam em jogo fundamentalmente duas questões: - A dignidade do trabalho como um valor inquestionável; e - A nossa capacitação para tomadas de decisão. Prevalecia mais isto, do que a ordem de casa.	Para ela, uma excelente pedagoga, estavam em jogo fundamentalmente duas questões: por um lado, a dignidade do trabalho como um valor inquestionável e, por outro, a nossa capacitação para tomadas de decisão. Prevalecia mais isto, do que a ordem de casa propriamente dita, sem se minorarem as questões de higiene e limpeza.	2
40.1	Em pequenita, tal como as outras crianças, ia à catequese ao domingo e, em casa, rezava-se o terço, sempre que o trabalho não o impedia. Isto valeu-me uma escaramuça com o pároco, que, não entendendo o que em casa aprendia, simbolizado num ditado muitas vezes repetido, <i>primeiro a obrigação e depois a devoção</i> , não me permitiu fazer a comunhão solene aquando das outras crianças da minha idade.	Em pequenita, tal como as outras crianças, ia à catequese ao domingo e, em casa, rezava-se o terço, sempre que o trabalho não o impedia. Isto valeu-me uma escaramuça com o pároco, que, não entendendo o que em casa aprendia, simbolizado num ditado muitas vezes repetido, <i>primeiro a obrigação e depois a devoção</i> , não me permitiu fazer a comunhão solene aquando das outras crianças da minha idade.	7
469.1	A minha mãe era a gestora dos nossos tempos de trabalho, de estudo e de brincadeira. Com um apurado sentido de justiça, imprimia-nos a constante necessidade de partilhar o que tínhamos para todos podermos ter alguma coisa.	Era a gestora dos nossos tempos de trabalho, de estudo e de brincadeira. Com um apurado sentido de justiça, imprimia-nos a constante necessidade de partilhar o que tínhamos para todos podermos ter alguma coisa.	2

416	A minha mãe tinha sido costureira, mas gostaria de ter sido professora. Ainda fez o 1º ano, o que era, à época, um privilégio que um colégio de freiras concedia a algumas crianças pobres, mas nunca aceitou bem o facto de não ter prosseguido os estudos.	[A minha mãe] Tinha sido costureira, mas gostaria de ter sido professora. Ainda fez o 1º ano, o que era, à época, um privilégio que um colégio de freiras concedia a algumas crianças pobres. Nunca aceitou muito bem o facto de não ter prosseguido os estudos, que ela, de forma muito subtil, atribuía à vingança de uma das freiras.	2
416.1	O trabalho para minha mãe, [contrariamente ao meu pai], fazia sentido como garantia do sustento, prevalecendo a noção de que a cultura era importantíssima para o desenvolvimento integral das pessoas.	Enquanto isso, o trabalho para minha mãe fazia sentido como garantia do sustento, prevalecendo a noção de que a cultura era importantíssima para o desenvolvimento integral das pessoas.	2
FORMAÇÃO INICIAL			
Escolha do curso			
417	Tinha decidido o que não queria: trabalhar num comércio ou num escritório.	e tinha decidido o que não queria, ou seja, trabalhar num comércio ou num escritório.	2
4	Querida uma profissão, que me permitisse sentir útil, o que me identificava com a área social. Aliás, já vinha intervindo a este nível, no âmbito e com a especificidade inerente ao grupo a que pertencia, a Juventude Operária Católica Feminina, questão que adiante retomarei. E foi assim que decidi ser enfermeira. Tinha trabalho logo que acabasse, o que me proporcionaria independência económica face à minha família.	Querida uma profissão, que me permitisse sentir útil, o que me identificava com a área social. Aliás, já vinha intervindo a este nível, no âmbito e com a especificidade inerente ao grupo a que pertencia, a Juventude Operária Católica Feminina, questão que adiante retomarei. E foi assim que decidi ser enfermeira. Tinha trabalho logo que acabasse, o que me proporcionaria independência económica face à minha família.	2
Curso de formação inicial			
5	Fui para Escola de Enfermagem Artur Ravara, iniciei o curso em finais da primeira metade da década de sessenta.	Cheguei à Escola de Enfermagem Artur Ravara . (...) iniciei o curso em finais da primeira metade da década de sessenta.	3
5.1	[A EEAR era] uma escola com uma história de formação mista muito rica.	(...) [A EEAR era] uma escola com uma história de formação mista muito rica (...).	3
Avaliação na formação inicial			
7.2	Reprovei sem deixar margens para dúvidas. Numa das disciplinas de Patologia tirei dois valores e na outra tirei quatro. Também nunca fui capaz de copiar e de fazer cálculos, o que era comum entre nós.	Portanto, tinha a noção que tinha estudado para exame, mas não sabia o suficiente para passar. Também nunca fui capaz de copiar e de fazer cálculos, o que era muito comum entre nós. Claro! Reprovei sem deixar margens para dúvidas, ou seja, numa das disciplinas de Patologia tirei dois valores e na outra tirei quatro.	7

		EXPERIÊNCIA DE VIDA/AGÊNCIA EM DIFERENTES ESFERAS DE CIDADANIA	
		Âmbito sócio-profissional	
473	Terminei o curso a 30 de Setembro e às 8 horas, do dia 1 de Outubro, estava à porta do Hospital para começar a trabalhar.	Terminei o curso a 30 de Setembro e às 8 horas, do dia 1 de Outubro, estava à porta do Hospital para começar a trabalhar.	7
240	Quatro colegas e eu decidimos que queríamos prestar cuidados, em vez de sermos enviadas para os gabinetes dos chefes. Bom, foi um escândalo.	Fomos questionadas em relação às nossas preferências, como era habitual, embora toda a gente soubesse que, depois, não iria para aí. Quatro colegas e eu decidimos que queríamos prestar cuidados, em vez de sermos enviadas para os gabinetes dos chefes, na qualidade de suas ajudantes. Bom, foi um escândalo! Abrimos uma guerra, como se não nos tivéssemos formado para a prestação de cuidados!	7
120	Fomos abrir um serviço, mas colocámos algumas exigências que a então Enfermeira Superintendente procurava minimizar, questionando-nos se pensávamos que estávamos nos Estados Unidos da América. Estive aí, 9 meses.	Fomos abrir um serviço. Colocámos exigências que a então Enfermeira Superintendente procurava minimizar, questionando-nos se pensávamos que estávamos nos Estados Unidos da América. Queríamos apenas desenvolver um trabalho que permitisse fazer a articulação entre o Hospital e os Centros de Saúde, para acompanhamento das mulheres que no serviço passavam 3 a 5 dias. Trabalhei neste serviço nove meses. Depois, retomei a tempo inteiro as minhas funções na JOCF.	7
126	Os serviços dos Hospitais Cívicos de Lisboa (HCL) eram de uma pobreza incrível.	Os serviços dos Hospitais Cívicos de Lisboa (HCL) eram, então, de uma pobreza incrível.	5
		Constrangimentos /acção transformadora no âmbito da formação em contexto de trabalho	
452.1	Ao longo de anos, tinha reflectido com outros em relação ao significado das vivências decorrentes da procura de emprego, das portas que se fecham, da experiência da vida que não é reconhecida e da sociedade que discrimina. Confrontava-me, agora, com o real e sem colectivo de suporte para fazer o caminho.	O mundo, de repente, tornou-se muito pequenino aos meus olhos. Confrontava-me, pela primeira vez, com a procura de emprego e com uma curta experiência profissional. Os anos que tinha passado fora do país, a experiência do vivido e os adquiridos pareciam ter-se tornado, abruptamente, num saco vazio para o recomeço de uma nova etapa. Ao longo de anos, tinha reflectido com outros em relação ao significado das vivências decorrentes da procura de emprego, das portas que se fecham, da experiência da vida que não é reconhecida e da sociedade que discrimina. Confrontava-me, agora, com o real e sem colectivo de suporte para fazer o caminho. Da discussão das grandes questões sociais e da intervenção organizada, onde tinha intervindo, até esta fase do meu percurso, passava a olhar para mim no microcosmo da convivência familiar, na procura de emprego na minha profissão, no (re)encontro com os amigos de outrora, marcado pela incerteza da persistência dos pontos de contacto que permitissem reatar a relação de verdade e dos afectos que nos tinham marcado.	13
488	Fui apresentada a uma equipa de	Fui apresentada a uma equipa de enfermeiras muito jovem, com cerca de um ano	11

	enfermeiras muito jovem, à excepção da enfermeira-chefe e da sub-chefe.	de profissão, à excepção de duas colegas que trabalhavam no serviço há muitos anos: a enfermeira-chefe e o subchefe.	
488.1	Esperava-se que a minha entrada no serviço viesse reforçar esta equipa desmotivada pela sobrecarga e exaustão do trabalho desenvolvido, sem que existissem condições mínimas de trabalho para assegurar cuidados de enfermagem com alguma qualidade.	Só as mais jovens asseguravam o serviço por turnos, e esperava-se, com a minha entrada no serviço, que viesse reforçar esta equipa, que se encontrava desmotivada pela sobrecarga e exaustão do trabalho, desenvolvido sem que existissem condições mínimas de trabalho para assegurar cuidados de enfermagem com alguma qualidade.	11
128.1	Não foi necessário muito tempo para me aperceber que, tanto a organização do trabalho das enfermeiras, como a prestação de cuidados e as tarefas administrativas subjacentes pouco tinham mudado, nestes dez anos.	Não foi necessário muito tempo para me aperceber que, tanto a organização do trabalho das enfermeiras, estruturada com base em rotinas instituídas, como a prestação de cuidados e as tarefas administrativas subjacentes (requisição de roupa, da farmácia, do material) pouco tinham mudado, nestes dez anos.	11
490	[No serviço]: - As cargas de trabalho administrativo eram elevadíssimas e reduzida tomada de decisão sobre os cuidados; - Apenas o cumprimento das rotinas eram objecto de discussão; - Mantinham-se afastados os mundos: da gestão e da prestação de cuidados, conduzindo ao desperdício de talentos e recursos, como nos diz Hesbeen; - Chefia e prestadores de cuidados pareciam não falar a mesma língua. Por vezes, o vocabulário até era o mesmo, mas representava coisas diferentes, gerando incompreensões e adormecendo motivações.	A carga de trabalho administrativo era elevadíssima, em contrapartida, a tomada de decisão sobre os cuidados era reduzida. Apenas o cumprimento das rotinas eram objecto de discussão, mantendo afastados dois mundos: o da gestão e o da prestação de cuidados. Mantinha-se, pois, a distância entre quem chefiava e quem prestava cuidados. Claro que, tal como nos diz Hesbeen, esta separação conduzia a desperdícios, tanto dos talentos dos que cuidavam, como de recursos existentes. Chefia e prestadores de cuidados pareciam não falar a mesma língua. Por vezes, e em determinadas situações, o vocabulário até era o mesmo, mas representava coisas diferentes, cavando fossos mais profundos, gerando incompreensões e adormecendo motivações.	11
490.1	As enfermeiras mais jovens falavam-me em "processo de enfermagem", para de seguida acrescentarem: "são teorias da escola". Não compreendia isto.	As enfermeiras mais jovens falavam-me em "processo de enfermagem", para de seguida acrescentarem: "são teorias da escola". Não compreendia isto.	11
490.2	- Procurei documentação sobre PE; - Em casa, estudava o que se relacionava com os cuidados aos doentes; - Relembrava [aprendizagens da] formação inicial. Progressivamente, fui adquirindo confiança na relação com os doentes e familiares e, ao mesmo tempo, ia "retomando a mão" no que	Procurei documentação sobre o assunto. Enquanto no serviço consultava e analisava o processo dos doentes, em casa, estudava tudo o que se relacionava com os cuidados aos doentes, nomeadamente do foro hematológico, cardiopulmonar, neurológico. Da formação inicial relembrava a promoção máxima da autonomia dos doentes, que a Enfermeira Sales Luis tão bem soube passar, assim como a importância do diálogo e apoio à família veiculados pela enfermeira Pedrosa, no estágio de saúde pública. (...) Progressivamente, fui adquirindo confiança na relação com os doentes e familiares e, ao mesmo tempo, ia	11

451.2	A escassez de recursos era apontada como razão para a não aplicação do PE, constituindo-se assim, também um factor de desmotivação para se pensar no que se fazia.	A escassez de recursos era apontada como razão para a não aplicação do PE, constituindo-se assim, também um factor de desmotivação para se pensar no que se fazia.	12
451.3	Fomos aproveitando todos os pequenos momentos e com quase toda a equipa, para conversar e pensar sobre a essência dos cuidados e sobre o PE como instrumento para desenvolver e melhorar esses mesmos cuidados, naquele contexto concreto.	Então, fomos aproveitando todos os pequenos momentos, quando tomávamos o café, ao almoço, depois de sairmos, para conversar e pensar, com quase toda a equipa, sobre a essência dos cuidados e sobre o PE como instrumento para desenvolver e melhorar esses mesmos cuidados, naquele contexto concreto.	12
451.4	Passámos a centrar as nossas discussões nas necessidades dos doentes e das intervenções para responder a essas mesmas necessidades, bem como nas formas para melhorar as nossas condições de trabalho fundamentais a uma prática de qualidade crescente e à satisfação dos profissionais. Reconfiguraram-se as passagens de turno.	Deixamos, pois, de discutir o PE no abstracto. Passámos a centrar as nossas discussões em torno das necessidades dos doentes e das intervenções para responder a essas mesmas necessidades, bem como das formas para melhorar as nossas condições de trabalho fundamentais, quer a uma prática de qualidade crescente, quer à satisfação dos profissionais. Reconfiguraram-se as passagens de turno, dando corpo a esta perspectiva.	12
451.5	A partir de experiências de vida muito diferentes, mas com a reflexão sobre a essência de enfermagem como ponto convergente, percebemos conjuntamente que valia a pena intervir junto de quem deveria tomar decisões relativamente aos meios a disponibilizar.	A partir de experiências de vida muito diferentes, mas com a reflexão sobre a essência de enfermagem como ponto convergente, percebemos conjuntamente que valia a pena intervir junto de quem deveria tomar decisões relativamente aos meios a disponibilizar.	12
451.5	Sabíamos que havia todo um trabalho a desenvolver junto dos médicos do serviço e da administração do hospital, para além de esperarmos o apoio da chefia.	Assim, para além de esperarmos o apoio da chefia, sabíamos que havia todo um trabalho a desenvolver junto dos médicos do serviço e da administração do hospital.	12
451.6	Sabia que a minha experiência anterior e as referências cristãs faziam de mim um elemento mediador, em torno de um interesse comum – o tratamento e bem-estar das doentes. Em coerência, cabia-me apoiar tudo, o que assegurasse este interesse comum, nomeadamente a recusa em receber doentes que ficassem em macas. Era uma questão de respeito pelas doentes e por nós próprias.	Sabia que a minha experiência anterior e as referências cristãs faziam de mim um elemento mediador e negociador entre os mais velhos e os mais novos, entre médicos e enfermeiros, em torno de um interesse comum – o tratamento e bem-estar das doentes. Em coerência, cabia-me apoiar tudo o que assegurasse este interesse comum, nomeadamente a recusa em receber doentes que ficassem em macas. Era uma questão de respeito pelas doentes e por nós próprias.	12
465	Quando exigimos ao Director de serviço [que as doentes não ficassem em macas, respondeu-nos de imediato:	Quando colocámos esta exigência ao Director de serviço, um professor distinto e excelente médico, mas demasiadamente preocupado em receber doentes independentemente das condições existentes, respondeu-nos de imediato:	13

	- Nem que seja no chuveiro, os doentes ficam no serviço.	
456	<p>Corremos o risco e enfrentámos poderes instituídos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ameaçaram-nos com processos disciplinares, mas nunca mais tivemos doentes nessas condições; - Fomos criando espaços/tempos de discussão conjunta, entre enfermeiros e médicos; - O Departamento de Educação Permanente propôs-nos que organizássemos uma acção de formação, o que se constituiu num importante reforço positivo. 	13
454	<p>Foi assim, que, a partir dos receios iniciais e da recusa em assumir responsabilidades na prestação de cuidados, participei durante cinco anos num processo de reconstrução da identidade de uma equipa, em torno de três grandes eixos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O melhor que podemos oferecer às doentes; - A melhoria das condições de trabalho; - A formação para, na e sobre a acção. 	13
461	<p>Vivi o 25 de Abril com a esperança e a alegria que representou a liberdade conquistada, mas com total inexperience de conviver com uma realidade sócio-política radicalmente diferente, onde a emergência do político consubstanciada nas múltiplas organizações partidárias, parecia de repente tornar a intervenção social num xadrez, onde, quase não existia espaço para aqueles que acreditavam ser possível continuar a intervir socialmente, sem ter de obrigatoriamente tornar-se militante de um partido.</p>	13
482	<p>25 de ABRIL</p> <p>Preparei o meu regresso da actividade internacional. Realizei algumas economias de modo a assegurar a minha sobrevivência por um período de três a quatro meses.</p>	9
182	Retomar a vida profissional significava reaprender enfermagem para poder assumir a responsabilidade de prestar cuidados. Este era o meu objectivo primeiro.	9
182.1	Sentia que estava numa fase de viragem da	9

	<p>minha vida. Construí cenários tendo por base o meu objectivo central:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aguardava resposta da Suíça para fazer uma reciclagem; - Entendia que a Saúde Pública seria um contexto facilitador da minha integração <p>Validei esta última perspectiva com uma amiga antes de pedir uma entrevista à enfermeira responsável pelas questões da enfermagem na região.</p>	<p>tendo por base o meu objectivo central, que me pareciam promotores de segurança, fundamental ao reinício do meu curso profissional. Aguardava uma resposta da Suíça, onde poderia fazer uma reciclagem. Entendia, contudo, que a Saúde Pública seria um contexto facilitador da minha integração, quer pela natureza dos serviços, onde seria menos confrontada com a complexidade tecnológica, quer pela experiência comunitária adquirida nos últimos anos. Discuti e validei esta perspectiva com uma amiga minha, que trabalhava há longa data nesta área, antes de pedir uma entrevista à enfermeira responsável pelas questões da enfermagem na região.</p>	
483	<p>Deparei-me, não com uma entrevista [com a enfermeira responsável pela área de saúde comunitária], mas com um monólogo quebrado por “preencha esta ficha, fico com os seus dados, se houver uma vaga será contactada”.</p>	<p>Deparei-me, não com uma entrevista [com a enfermeira responsável pela área de saúde comunitária], mas com um monólogo quebrado por “preencha esta ficha, fico com os seus dados, se houver uma vaga será contactada”.</p>	9
483.1	<p>Quando saí do gabinete, tinha a noção de que estive a falar numa linguagem que a enfermeira mais responsável do distrito nada compreendeu. Só isto poderia explicar o seu comportamento.</p>	<p>Despedi-me, saí do gabinete sem conseguir compreender o que se tinha passado. Instalou-se a confusão no meu íntimo. Ficou-me a noção de que estive a falar numa linguagem que a enfermeira mais responsável do distrito nada compreendeu do que lhe procurei explicar. Só isto poderia explicar o seu comportamento!</p>	9
483.2	<p>A revolta e a incompreensão instalaram-se em mim. Dei conta de que o fundamental para mim, reaprendizagem de enfermagem antes de assumir a responsabilidade da prestação directa de cuidados, não existia</p>	<p>A revolta e a incompreensão instalaram-se em mim. Dei conta de que, o que para mim era básico, não existia. Eu não queria uma vaga para entrar! Queria fazer um percurso de reaprendizagem de enfermagem, antes de assumir a responsabilidade da prestação directa de cuidados, que entendo como direito dos cidadãos, dever ser de excelência.</p>	9
483.3	<p>Passsei umas “horinhas” à beira rio olhando o infinito, como se procurasse identificar nessa distância, o que senti com quem, enfermeira como eu, tão distante tomou a profissão, da qual nunca falou. Como era possível não ter colocado uma única pergunta, no sentido de procurar compreender o que lhe dizia? Como era possível, desta forma, ser a enfermeira mais responsável do distrito? Porque se procurava nos instrumentos administrativos, o que não eram procedimentos administrativos, mas sim opções de enfermagem?</p>	<p>Passsei umas “horinhas” à beira rio olhando o infinito, onde o céu e o mar se confundem. Era como se procurasse identificar nessa distância, o que senti com quem, enfermeira como eu, tão distante tomou a profissão, da qual nunca falou. Como era possível não ter colocado uma única pergunta, no sentido de procurar compreender o que lhe dizia? Como era possível, desta forma, ser a enfermeira mais responsável do distrito? Porque se procurava nos instrumentos administrativos, o que não eram procedimentos administrativos, mas sim opções de enfermagem?</p>	9
483.4	<p>Mais tarde, reflecti com uma amiga sobre este duro momento, ficando-nos a certeza de que valia a pena pensar e repensar o que fazer e como fazer para que a enfermagem fosse o que desejávamos.</p>	<p>Foi um momento muito duro sobre o qual reflecti, mais tarde, com a minha amiga. Das nossas reflexões, ficava-nos a certeza de que valia a pena pensar e repensar o que fazer e como fazer para que a enfermagem fosse o que desejávamos.</p>	10

	como fazer para que a enfermagem fosse o que desejávamos.		
483.5	Esta vivência reforçou posteriormente, o meu empenhamento no que respeito à necessidade de um tempo de integração para todos os enfermeiros que ingressam numa organização de saúde. É uma questão básica para salvaguarda dos cuidados a que os utentes têm direito.	Esta vivência reforçou posteriormente, o meu empenhamento no que respeito à necessidade de um tempo de integração para todos os enfermeiros que ingressam numa organização de saúde. É uma questão básica para salvaguarda dos cuidados a que os utentes têm direito.	10
484	Parti para o outro cenário: o hospital, excluindo os grandes hospitais estavam excluídos. Consegui uma entrevista com Enfermeira Geral, de um hospital da periferia e aí, senti que era ouvida, mas era de novo a desilusão.	Parti para o outro cenário: o hospital. Os grandes hospitais estavam excluídos. Tinha ouvido algumas referências sobre um hospital da periferia, como um dos que reunia melhores condições e com uma enfermeira geral, que promovia e assegurava o respeito pela enfermagem. Consegui uma entrevista, na qual expliquei a minha necessidade de reaprender para exercer a profissão. Foram-me colocadas imensas questões para explicitar o que tinha feito e o que desejaria fazer. Dava-me a sensação de que tudo estava a ser anotado numa ficha. Senti que era ouvida, mas a entrevista terminou com a informação de que a instituição não tinha qualquer hipótese de responder ao meu pedido. Era de novo a desilusão!	10
485	Tinha uma profissão, onde não havia dificuldades em arranjar emprego, mas o facto de não pedir emprego de imediato, mas sim um espaço/tempo de reaprendizagem, numa profissão que implica a vida dos outros, era algo absolutamente incomprensível e o que, por sua vez, [também] era incomprensível para mim.	Contrariamente a muitos outros jovens, tinha um curso, uma profissão onde não haveria dificuldades em encontrar emprego. Constatava assim, que o facto de não pedir emprego de imediato, mas sim um espaço/tempo de reaprendizagem, numa profissão que implica a vida dos outros, era algo absolutamente incomprensível e o que, por sua vez, era incomprensível para mim.	10
486	Num dos almoços com uma amiga decidimos ir à Direcção de Enfermagem do Hospital onde trabalhava. Aí finalmente foi-me dito "fique descansada que terá o tempo que precisar para a sua reintegração".	la progressivamente retomando as minhas relações. Foi num dos almoços com uma amiga que decidimos ir à Direcção de Enfermagem do Hospital onde trabalhava, decidida já, que se nada resolvesse, iria à Suíça fazer a reciclagem. Aí, finalmente foi-me dito "fique descansada que terá o tempo que precisar para a sua reintegração".	10
486.1	Sentia-me confortada, mas com muitos receios. Como seria esta situação sentida pelos outros? Como a viveria eu quando reentrasse nas enfermarias?	Sentia-me confortada, mas com muitos receios. Como seria esta situação sentida pelos outros? Como a viveria eu quando reentrasse nas enfermarias?	10
487	Dirigi-me ao gabinete da enfermeira-chefe, mas rapidamente compreendi que falávamos de "duas enfermagens": - Uma resumia-se a "fazer as coisas"; - A outra, em que era eu, é preciso pensar o que fazer e como fazer, tendo por base aquela pessoa a quem prestamos cuidados. Para esta enfermagem, é preciso ter	Entrei, dirigi-me ao gabinete da enfermeira-chefe e logo percebi que esperava encontrar alguém que pudesse, quase de um dia para outro, assumir a responsabilidade no seio de uma equipa. Expliquei-lhe a situação, mas, também para ela, eram incomprensíveis as minhas exigências. Remeti-a, então, para com quem comigo acordou as condições de integração, ou seja, a Direcção de Enfermagem. Eu era enfermeira e, para ela, qualquer enfermeira sabia fazer higiene aos doentes, preparar e administrar a terapêutica. Rapidamente compreendi que estávamos em	11

	capacidade para decidir e fundamentar a decisão em função de quem cuidamos.	registos diferentes sobre a essência dos cuidados de enfermagem e qualquer explicação não era entendida. Falávamos de “duas enfermagens”. Uma, cuja finalidade era garantir o trabalho de enfermagem, que de acordo com as condições existentes se resumia a “fazer as coisas”. A outra, em que era e, é preciso pensar o que fazer e como fazer, tendo por base aquela pessoa a quem prestamos cuidados. Para esta enfermagem, é preciso ter capacidade para decidir sobre o que se faz ou não faz e fundamentar a decisão em função do mais importante para aquele a quem cuidamos.	
487.1	Os diferentes entendimentos sobre os cuidados de enfermagem davam corpo a uma barreira à compreensão mútua [entre a chefe e eu].	As implicações decorrentes de perspectivas diferentes de entender os cuidados de enfermagem davam corpo a uma barreira à compreensão mútua [entre a chefe e eu].	11
487.2	Por momentos, as forças pareciam desaparecer e quase em simultâneo, recebia uma pequena chave do cacifo e obedecia à ordem para me fardar.	Por momentos, as forças pareciam desaparecer e quase em simultâneo, recebia uma pequena chave do cacifo e obedecia à ordem para me fardar. Fardei-me, voltei ao gabinete da enfermeira-chefe para que me apresentasse o Director, as colegas e o serviço.	11
487.3	[A chefe] por onde passava gritava: “só me mandam quem não pode trabalhar”. Foi uma mandam quem não pode trabalhar”. Foi uma experiência dolorosa. Passei da revolta interior, pela omissão de parte da verdade, a reiterar o meu desejo profundo em reaprender.	Por onde ia passando, gritava: “só me mandam quem não pode trabalhar”. Foi uma experiência dolorosa, pois este era o rótulo pelo qual me olhavam. Da revolta interior, pela omissão de parte da verdade, passei a explicar o que a enfermeira chefe queria dizer e a reiterar o meu desejo profundo em reaprender.	11
487.4	O conforto da véspera transformou-se em desconforto, todavia, foi um importante momento de reflexão centrada no confronto entre o que era o meu entendimento da profissão e de “ser enfermeira” e o que as organizações esperavam desses mesmos enfermeiros. - A prestação de cuidados parecia ser coisa simples e bastava interiorizar rotinas; - Prevalecia uma concepção de produção industrial.	O conforto da véspera transformou-se em desconforto. Todavia, foi um importante momento de reflexão centrada no confronto entre o que era o meu entendimento da profissão e de “ser enfermeira” e o que as organizações esperavam desses mesmos enfermeiros. Percebi que estava a (re)entrar num mundo onde a prestação de cuidados parecia ser coisa simples, para a qual bastava interiorizar rotinas e estariam assegurados bons cuidados de enfermagem. Prevalecia uma concepção de produção industrial, em que cumprir horários e ter os doentes e a enfermagem arranjada constituiriam os objectivos do nosso trabalho e que não era, de todo, isto que eu queria para mim e para a profissão.	11
		Agência Sindical	
492	Face à minha formação sócio-política, ideológica, origens, e entendimento de sindicato perspectivava a acção colectiva como o único meio para alcançar a melhoria das condições de vida e de trabalho e era impensável não ter regularizada a quotização	Face à minha formação sócio-política, ideológica e origens, perspectivava a acção colectiva como o único meio para alcançar a melhoria das condições de vida e de trabalho. Simultaneamente, era impensável não ter regularizada a quotização sindical ou não participar nas acções sindicais, o que para mim implicava intervir nas discussões, apresentar pontos de vista próprios e procurar que os colegas se envolvessem mais activamente nos assuntos relativos à profissão.	13

	sindical ou não participar nas acções sindicais o que implicava: - Intervir nas discussões; - Apresentar pontos de vista próprios; - Procurar maior envolvimento dos colegas em assuntos relativos à profissão.	(...) Face ao meu entendimento de sindicato, ou seja, um recurso colectivo para o desenvolvimento da profissão e para a melhoria das condições de vida e de trabalho, em coerência, não poderia remeter a responsabilidade apenas aos outros.	
492.1	Esta era a minha forma de estar nas coisas e não teria sentido se assim não fosse	Esta era a minha forma de estar nas coisas e não teria sentido se assim não fosse.	13
492.2	Estava, contudo, determinada a não assumir responsabilidades em nenhuma organização, porque: - Tinha vivido dez anos de uma experiência riquíssima, mas que quase não me deixaram tempo para pensar em mim; - A realidade sócio-político portuguesa tinha sofrido profundas alterações	Contudo, estava determinada a não assumir responsabilidades em nenhuma organização. Por um lado, tinha vivido dez anos de uma experiência riquíssima, mas que quase não me deixaram tempo para pensar em mim. Por outro lado, a realidade sócio-político portuguesa tinha sofrido profundas alterações.	13
493	[Face às alterações da realidade sócio-político portuguesa] era preciso reaprender e co-construir novos percursos e para isso precisava dar-me tempo e espaços para o fazer. O sindicalismo parecia-me ser o espaço privilegiado para encetar caminho	Também aqui e neste campo [alterações da realidade sócio-político portuguesa] era necessário reaprender e co-construir novos percursos para isso tinha que dar-me tempo e espaços para o fazer. O sindicalismo, enquanto organização social, parecia-me, pois, ser o espaço privilegiado para encetar caminho.	13
494	Paralelamente à reaprendizagem no domínio dos cuidados de enfermagem, adquiria conhecimentos relativos à forma como os enfermeiros assumiam e participavam na sua organização sindical	Assim, paralelamente à reaprendizagem no domínio dos cuidados de enfermagem, adquiria conhecimentos relativos à forma como os enfermeiros assumiam e participavam na sua organização sindical.	13
448	Fui "lavrando terreno" conducente à participação mais directa no trabalho sindical e fui eleita delegada sindical, no momento em que se negociava a carreira de enfermagem.	Neste sentido, fui "lavrando terreno" conducente à participação mais directa no trabalho sindical. Fui eleita delegada sindical, no momento em que se negociava a carreira de enfermagem.	13
448.1	Do que percebi, não era a forma de desenvolver a actividade sindical [que estava em prática] na qual acreditava e esperava do sindicato. Entendia que sendo o sindicato de todos os sócios, importava, pois, que o maior número de elementos o pudessem sentir e entender nesses termos	Percebi que muito do que aí se discutia e propunha era tacitamente aceite pelos colegas e que o delegado sindical era mais um enfermeiro com informação acrescida, com dificuldades em a trabalhar no contexto local, comprometendo o seu papel como dinamizador de respostas organizadas para fazer face aos problemas locais de trabalho. Não era esta a forma de desenvolver a actividade sindical na qual acreditava e esperava do sindicato. Entendia que sendo o sindicato de todos os sócios, importava, pois, que o maior número de elementos o pudessem sentir e entender nesses termos.	14
448.2	Sabia que alguns dos problemas enfrentados eram comuns aos vários trabalhadores do	Sabia também que alguns dos problemas enfrentados eram comuns aos vários trabalhadores, quer do hospital, quer da função pública, nomeadamente no que se	14

	hospital e da função pública, contudo, pela primeira vez mergulhava na necessidade de aprender a lidar com normativos legais em função da defesa dos interesses dos enfermeiros e da afirmação da profissão como forma de trazer à discussão colectiva, perspectivas que não decorressem apenas das análises político-sindicais.	referia a aumentos salariais e regras de concursos. Contudo, pela primeira vez mergulhava na necessidade de aprender a lidar com normativos legais em função da defesa dos interesses dos enfermeiros e da afirmação da profissão como forma de trazer à discussão colectiva, perspectivas que não decorressem apenas das análises político-sindicais.	
448.3	Foi com os colegas delegados e dirigentes com quem partilhei um trabalho colectivo e fui entendendo os meandros da vida sindical e os diferentes modelos de intervenção, nomeadamente os que eram adoptados pelos diferentes sindicatos dos enfermeiros	Foi com os colegas delegados e dirigentes com quem partilhei um trabalho colectivo e fui entendendo os meandros da vida sindical e os diferentes modelos de intervenção, nomeadamente os que eram adoptados pelos diferentes sindicatos dos enfermeiros.	14
494	Fui eleita para a direcção de um sindicato. Fui uma das primeiras mulheres a assumir a liderança, num sindicato profissional com um traço comum à profissão, a feminização.	Mais tarde, fui eleita para a direcção de um sindicato. (...) Outro dos aspectos que merece referência neste processo é o facto de ter sido uma das primeiras mulheres a assumir a liderança, num sindicato profissional com um traço comum à profissão, a feminização.	14
494.1	Fomos tomando consciência da necessidade de repensar a organização sindical. O desenvolvimento e consolidação de novas dinâmicas não eram consentâneos com uma estrutura de suporte onde: - os dirigentes se limitavam a passar pelo sindicato para as reuniões de direcção e para despachar correspondência; - os sócios que aí se dirigiam apenas contactavam com os administrativos; - os meios para produzir informação se limitavam à existência de uma máquina de <i>gestetner</i> para reproduzir textos gravados em <i>setencil</i> ; - as quotas eram descarregadas em grandes livros que funcionavam há cinquenta anos; - A sindicalização fazia parte dos objectivos organizacionais. - O trabalho desenvolvido tinha demonstrado que as idas aos locais de trabalho não podiam ser apenas em momentos de greves ou de eleições	Ao longo dos tempos, fomos desenvolvendo um percurso, que nos permitiu tomar consciência acrescida da necessidade de repensar a organização sindical. O desenvolvimento e consolidação de novas dinâmicas não eram consentâneos com uma estrutura de suporte onde: os dirigentes se limitavam a passar pelo sindicato para as reuniões de direcção e para despachar correspondência; os sócios que aí se dirigiam apenas contactavam com os administrativos; os meios para produzir informação se limitavam à existência de uma máquina de <i>gestetner</i> para reproduzir textos gravados em <i>setencil</i> ; as quotas eram descarregadas em grandes livros que funcionavam desde o início do sindicato, há cinquenta anos; e onde a sindicalização fazia parte dos objectivos organizacionais. O trabalho desenvolvido tinha demonstrado que as idas aos locais de trabalho não podiam ser apenas em momentos de greves ou de eleições, os programas de trabalho tinham passado a incluir tempos de permanência de dirigentes para receber sócios e para sistematização de objectivos em relação às reuniões com enfermeiros nos locais de trabalho, recolhendo os problemas mais sentidos e ajudando a procurar soluções e apoiar a organização local.	14
449	Havia entendimentos diferentes, clivagens e	De qualquer modo, havia entendimentos diferentes entre os elementos da direcção.	14 -15

	tensões entre os elementos da direcção	(...) sem escamotear tensões e clivagens internas,	
		Agência política na consolidação da autonomia (relativa) da profissão	
101	Tive o privilégio de participar na construção de instrumentos que vieram consolidar a profissionalização da enfermagem, em Portugal, e que marcaram um novo ciclo, a saber: a integração no ensino superior, o estatuto profissional dos enfermeiros e a Ordem dos Enfermeiros. - A integração no ensino superior; - O estatuto profissional dos enfermeiros; e - A Ordem dos Enfermeiros.	(...) tive o privilégio de participar na construção de instrumentos que vieram consolidar a profissionalização da enfermagem, em Portugal, e que marcaram um novo ciclo, a saber: a integração no ensino superior, o estatuto profissional dos enfermeiros e a Ordem dos Enfermeiros.	15
101.1	O entendimento deste novo ciclo implica a compreensão da evolução da profissão e da formação, em Portugal.	O entendimento deste novo ciclo implica, contudo, a compreensão da evolução da profissão e da formação, em Portugal.	15
498	Estávamos no processo [de passagem a um nível único de formação] quando surgiu a integração no ensino superior.	Estávamos neste processo [de passagem a um nível único de formação] quando surgiu a integração no ensino superior.	16
499	Na altura, não existiam condições objectivas à concretização da passagem ao ensino superior. - Havia uma heterogeneidade de habilitações académicas, [superior à existente] - Habilidade académica mínima de acesso ao ensino de enfermagem era o 9º ano ou equivalente, embora na prática apenas, fossem admitidos alunos com o 11º ano.	Acho que, na altura, não existiam condições objectivas à concretização da passagem ao ensino superior. Havia uma heterogeneidade de formações prévias à enfermagem, ou seja, de habilitações académicas, mais do que em enfermagem, propriamente dita e a habilitação académica mínima de acesso ao ensino de enfermagem era o 9º ano ou equivalente. Contudo, a evolução da sociedade portuguesa obrigou a que na prática apenas, fossem admitidos alunos com o 11º ano.	16
499.1	O ensino democratizou-se, de tal forma que, foi a evolução social a condicionar o acesso e não tanto a própria profissão. No que respeita à formação inicial, em enfermagem, a evolução fez-se assim, de fora para dentro e não de dentro para fora, ou seja por pressões societais.	O ensino democratizou-se, de tal forma que, foi a evolução social a condicionar o acesso e não tanto a própria profissão. No que respeita à formação inicial, em enfermagem, a evolução fez-se assim, de fora para dentro e não de dentro para fora, ou seja por pressões societais.	16
500	Na década de oitenta, centenas de auxiliares de enfermagem que tinham inicialmente o 2º ano, tinham já feito o 7º ano. Terá havido, eventualmente, maior adesão à aquisição de habilitações académicas por parte dos auxiliares de enfermagem do que dos enfermeiros do Curso Geral.	Na década de oitenta, centenas de auxiliares de enfermagem que tinham inicialmente o 2º ano, tinham já feito o 7º ano. Terá havido, eventualmente, maior adesão à aquisição de habilitações académicas por parte dos auxiliares de enfermagem do que dos enfermeiros do Curso Geral.	16
502	Quando [o sindicato] deu conta, estava a ETE, isoladamente, a tentar fazer um protocolo a Universidade Nova de Lisboa, tendo em vista a sua integração no ensino	Quando demos conta [o sindicato], estava a ETE, isoladamente, a tentar fazer um protocolo a Universidade Nova de Lisboa, tendo em vista a sua integração no ensino superior.	16

94.2	superior . Em 1982-83, houve um movimento de enfermeiros professores que propunham a sua integração imediata na carreira do Ensino Superior Politécnico, mas o sindicato considerou que não fazia sentido.	Em 1982-83, houve um movimento de enfermeiros professores, ou, pelo menos, foi assim que eles se apresentaram no sindicato. Propunham então, que fossem imediatamente integrados na carreira do Ensino Superior Politécnico. Disse-lhes que levava o assunto à direcção, mas havia, desde logo, algo que não me parecia coerente: - Porque se reivindicava a integração dos docentes e não do ensino de enfermagem? Em consequência, os docentes adquiriram o estatuto [reivindicado]. O sindicato considerou que [esta proposta] não fazia sentido.	16
503	Estavam em jogo duas lógicas de concepção da integração do ensino de enfermagem. Uma, que tinha por base uma fase de transição de modo a garantir a integração do que existia e outra, em que se pretendia a integração independentemente disso.	Estavam em jogo duas lógicas de concepção da integração do ensino de enfermagem. Uma, que tinha por base uma fase de transição de modo a garantir a integração do que existia e outra, em que se pretendia a integração independentemente disso.	17
503.1	Foi preciso muito trabalho, para que no período de transição, fosse encontrada a forma mais séria e exigente, que integrasse o passado, porque a não integração do passado significava a manutenção da diferenciação.	Começou-se, então, a trabalhar para a integração no ensino superior. Foi preciso muito trabalho, para que no período de transição, fosse encontrada a forma mais séria e exigente, que integrasse o passado, porque a não integração do passado significava a manutenção da diferenciação. A aquisição de graus académicos não podia ser vedada a nenhum enfermeiro independentemente do seu percurso de formação em enfermagem.	17
509	O sindicato desenvolveu um trabalho conjunto e integrou dois dos grupos de trabalho criados pela APE.	O sindicato desenvolveu um trabalho conjunto e integrou dois dos grupos de trabalho criados pela APE, para o efeito.	18
510	Havia consenso em relação à necessidade de regulamentação do exercício, [mas] não havia em relação às estratégias a adoptar, entre as diversas organizações.	Não foi fácil desbravar caminho, pois se havia consenso em relação à necessidade de regulamentação do exercício, não havia em relação às estratégias a adoptar, entre as diversas organizações	18
510.1	Algumas das enfermeiras da APE exerciam funções nos Serviços Centrais Ministério da Saúde, e se isto, por um lado, era, potencialmente, uma mais valia, por outro não deixava de enraizar uma visão de distanciamento da discussão e construção com os enfermeiros, [defendida pelo sindicato].	Algumas das enfermeiras da APE exerciam funções nos Serviços Centrais Ministério da Saúde, e se isto, por um lado, era, potencialmente, uma mais valia, por outro não deixava de enraizar uma visão de distanciamento da discussão e construção com os enfermeiros.	18
510.2	Participei em algumas reuniões [onde] estabelecemos aquilo que politicamente se chama alianças estratégicas.	Participei em algumas reuniões, maximizamos os aspectos consensuais, aquilo que politicamente se chama, o estabelecer de alianças estratégicas.	18
511	O sindicato mantinha a noção que só um trabalho de projecto asseguraria o	O sindicato mantinha, contudo, a noção que só um trabalho de projecto asseguraria o envolvimento alargado dos enfermeiros. Elaborou-se um questionário que foi	18

	<p>envolvimento alargado dos enfermeiros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborou-se um questionário que foi enviado a todos os sócios, para identificação dos aspectos mais controversos; - Foi construído um projecto de formação, em torno desses aspectos, realizado em todas as capitais de distrito; - Este processo deu origem à construção de um anteprojecto de lei, aberto à discussão com os enfermeiros. Aí, contámos com Françoise Collière ; - Construção e apresentação de uma proposta de lei ao Ministro da Saúde. 	<p>enviado a todos os sócios, que permitiu sobre as respostas obtidas identificar os aspectos mais controversos, em torno dos quais foi construído um projecto de formação, realizado em todas as capitais de distrito, durante dois dias. Foi uma experiência riquíssima para a (re)construção de concepções estruturantes de enfermagem.</p> <p>Este processo deu origem à construção de um anteprojecto de lei, aberto à discussão com os enfermeiros. Foi no quadro dessa discussão que contámos com Françoise Collière, numa conferência realizada para o efeito. Tudo isto culminou com a construção e apresentação de uma proposta de lei ao Ministro da Saúde.</p>	
511.1	<p>Foi uma experiência riquíssima para a (re) construção de concepções estruturantes de enfermagem.</p>	<p>Foi uma experiência riquíssima para a (re) construção de concepções estruturantes de enfermagem.</p>	18
511.2	<p>Quase em simultâneo, o secretário da saúde nomeou um grupo de trabalho, nomeou um grupo de trabalho, composto por elementos das várias organizações profissionais. Percebi que estávamos perante um movimento antecipatório, por parte do poder político, ao normal processo negocial, a que a entrega do projecto de Estatuto obrigava, com tudo o que isto representava.</p>	<p>Quase em simultâneo, o secretário da saúde nomeou um grupo de trabalho, composto por elementos das várias organizações profissionais, a quem competia analisar e propor aspectos relacionados com a regulamentação profissional, em enfermagem. Percebi que estávamos perante um movimento antecipatório, por parte do poder político, ao normal processo negocial, a que a entrega do projecto de Estatuto obrigava, com tudo o que isto representava.</p>	18
511.3	<p>Foi uma das fases mais controversas e de maior dificuldade para a organização sindical. Estávamos no início da década de noventa.</p>	<p>Foi uma das fases mais controversas e de maior dificuldade para a organização sindical, que não cabe aqui e agora desenvolver. Estávamos no início da década de noventa.</p>	18
511.4	<p>Alguns sindicatos, que pouco se tinham envolvido no processo, defendiam a criação da Ordem dos Enfermeiros, e seria, no entender destes, a esta organização que competiria a elaboração da regulamentação profissional.</p>	<p>Entretanto, alguns sindicatos, que pouco se tinham envolvido no processo, defendiam a criação da Ordem dos Enfermeiros, e seria, no entender destes, a esta organização que competiria a elaboração da regulamentação profissional.</p>	18
512	<p>Na minha leitura, a futura orientação política da profissão estava no cerne da questão. Só a recentragem no essencial para a profissão permitiu tomar a decisão de participar, tendo como referência o projecto de Estatuto Profissional apresentado pelo sindicato, após discussão com os enfermeiros.</p>	<p>Na minha leitura, a futura orientação política da profissão estava no cerne da questão. Só a recentragem no essencial para a profissão permitiu tomar a decisão de continuar a participar, tendo como referência o projecto de Estatuto Profissional apresentado pelo sindicato, após discussão com os enfermeiros.</p>	18

512.1	Recordo-me da necessidade de se clarificar o entendimento da profissão que suporta o tipo das intervenções dos enfermeiros. Havia no grupo de trabalho quem admitisse consagrar em lei “intervenções dependentes”, mas para nós só a “complementaridade” fazia sentido.	Desta fase, recorde-me particularmente da necessidade em se clarificar o entendimento da profissão que suporta o tipo das intervenções dos enfermeiros, havendo no grupo de trabalho quem admitisse consagrar em lei “intervenções dependentes” ¹ . Para nós, no momento em que se discutia a construção enquadramento jurídico de modo a consagrar a autonomia profissional, isto era algo absolutamente impensável. A complementaridade, sim, fazia-nos sentido.	18
514.1	Foi um privilégio participar em todos estes processos [integração no ensino superior, estatuto profissional e Criação da Ordem dos enfermeiros].	Foi um privilégio participar em todos estes processos.	19
		Agência em Ong's a nível nacional e internacional	
475	Em pequenita ia à catequese ao domingo e em casa, rezava-se o terço, sempre que o trabalho não o impedia. Isto valeu-me uma escaramuça com o pároco, que, não entendendo o que em casa aprendia, simbolizava num ditado muitas vezes repetido, <i>primeiro a obrigação e depois a devoção</i> , não me permitiu fazer a comunhão solene aquando das outras crianças da minha idade	Em pequenita, tal como as outras crianças, ia à catequese ao domingo e, em casa, rezava-se o terço, sempre que o trabalho não o impedia. Isto valeu-me uma escaramuça com o pároco, que, não entendendo o que em casa aprendia, simbolizava num ditado muitas vezes repetido, <i>primeiro a obrigação e depois a devoção</i> , não me permitiu fazer a comunhão solene aquando das outras crianças da minha idade.	7
476	Aos 14 anos, aderi ao grupo da Juventude Operária Católica Feminina (JOCF). Foi aí que fiz a minha primeira aprendizagem de “militância” à luz da doutrina social da igreja católica, enraizada na análise das causas dos problemas que identificávamos, nas áreas atribuídas a cada uma de nós e sobre as quais, em conjunto, se decidia como intervir.	Mais tarde, aos 14 anos, aderi ao grupo da Juventude Operária Católica Feminina (JOCF), que havia na paróquia, e que se integrava num dos movimentos da Acção Católica. Sob o lema do seu fundador, um padre belga, Joseph Cardin, “ <i>um Jovem trabalhador vale mais que todo o ouro do mundo</i> ”, seguia-se uma metodologia de trabalho assente no conhecimento da realidade vivida pelos jovens no mundo do trabalho ou da escola como preparação para aquele. Foi aí que fiz a minha primeira aprendizagem de “militância” à luz da doutrina social da igreja católica, enraizada na análise das causas dos problemas que identificávamos, nas áreas atribuídas a cada uma de nós e sobre as quais, em conjunto, se decidia como intervir. Comecei a participar mensalmente nas reuniões de formação com jovens das diversas equipas da cidade, onde éramos ajudadas a perceber as questões sociais de forma mais aprofundada.	7-8
477	Durante o curso, foi o corte com o que tinha sido a minha formação católica, para retomar posteriormente já com outra maturidade.	Depois, durante o curso, não participei nas actividades do grupo. Foi o corte com o que tinha sido a minha formação católica, para retomar posteriormente já com outra maturidade.	8
478	Foi uma verdadeira escola da vida, pela militância a favor da justiça e da solidariedade, e pelo confronto, em muitos momentos, com o poder instituído eclesiástico e político.	Foi uma verdadeira escola da vida, pela militância a favor da justiça e da solidariedade, e pelo confronto, em muitos momentos, com o poder instituído eclesiástico e político.	8
478.1	Fui assumindo algumas responsabilidades, a	Fui assumindo algumas responsabilidades, a nível nacional e internacional. Aqui, fui	8

¹ Que resultam do trabalho desenvolvido em complementaridade com outros profissionais de saúde.

	<p>nível nacional e internacional. Aqui, fui compreendendo o contexto político mais amplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A imbecilidade da censura; - A irracionalidade da guerra colonial; - Para o regime, no 1º de Maio, mais do que uma pessoa a conversar era um grupo e por isso tinha que ser disperso; - Por ser um movimento da igreja, as actividades por nós desenvolvidas não eram clandestinas, mas eram alvo da repressão política do regime; - Tive companheiros e amigos que, foram presos e torturados. Outros que morreram na guerra e outros que por se lhe negarem, a "salto" procuraram exílio político - Conheci jovens trabalhadoras que viram a polícia entrar a cavalo pela fábrica onde trabalhavam, por terem ousado organizarem-se para exigirem melhores condições de trabalho - Dirigi uma revista mensal onde, muitas vezes, a censura deitou por terra o redigido e construído com muito esforço. 	<p>compreendendo o contexto político mais amplo, ou melhor, percebi: a imbecilidade da censura que obrigava a escrever sobre os problemas dos jovens trabalhadores de maneira tão subtil que nos coarctava a expressão do vivido; percebi a irracionalidade da guerra colonial; percebi que, para o regime, no 1º de Maio, mais do que uma pessoa a conversar era um grupo e por isso tinha que ser disperso. Percebi que, por ser um movimento da igreja, as actividades por nós desenvolvidas não eram clandestinas, mas éramos alvo da repressão política do regime. Tive companheiros e amigos que, foram presos e torturados. Outros que morreram na guerra e outros que por se lhe negarem, a "salto" procuraram exílio político. Conheci jovens trabalhadoras que viram a polícia entrar a cavalo pela fábrica onde trabalhavam, por terem ousado organizarem-se para exigirem melhores condições de trabalho. Dirigi uma revista mensal onde, muitas vezes, a censura deitou por terra o trabalho redigido e construído com muito esforço.</p>	
479	<p>Recordo, já na década de setenta, a PIDE a entrar, de manhã cedo, pelas instalações à procura de uns calendários, pelos fomos tratados, e que, nessa mesma noite, previamente alertados, nos encarregamos de fazer a sua distribuição pelo país. Quando chegaram, encontravam-se muito poucos na secretária. Tudo isto, porque se fazia alusão à PAZ, associando a mensagem do Evangelho "<i>Eu vim ao mundo para fazer a paz e não a Guerra</i>", em que o símbolo da Paz se encontrava preenchido com um traço sobre imagens de crianças famintas, bairros da lata, soldados armados e grades de prisões.</p>	Recordo, já na década de setenta, a PIDE a entrar, de manhã cedo, pelas instalações à procura de uns calendários que tínhamos elaborado, e que, nessa mesma noite, previamente alertados, nos encarregamos de fazer a sua distribuição pelo país. Quando chegaram, encontravam-se muito poucos na secretária. Tudo isto, porque se fazia alusão à PAZ, associando a mensagem do Evangelho " <i>Eu vim ao mundo para fazer a paz e não a Guerra</i> ", em que o símbolo da Paz se encontrava preenchido com um traço sobre imagens de crianças famintas, bairros da lata, soldados armados e grades de prisões.	8
479.1	<p>Foi uma experiência sofrida, pela brutalidade com que fomos tratados e pela, quase incapacidade, destes homens, para fazerem o relatório do que tinham encontrado. O que se podia esperar de um estado que cultivava esta realidade?</p>	Foi uma experiência sofrida, muito dolorosa, ver a brutalidade com que fomos tratados, como revistaram toda a casa, reviraram inclusive os colchões das camas, e a quase incapacidade, destes homens, para fazerem o relatório do que tinham encontrado. Sem quase saberem escrever! O que se podia esperar de um estado que cultivava esta realidade?	8
480	<p>Fruto das responsabilidades que fui assumindo, conheci alguns países europeus, ditos desenvolvidos, mas também outras</p>	Depois, fruto das responsabilidades que fui assumindo, conheci alguns países europeus, ditos desenvolvidos, mas também outras partes do mundo em desenvolvimento. Comparava a realidade do nosso país, com outros europeus. Mas,	8

	partes do mundo em desenvolvimento e aprendi a relativizar as coisas na vida.	depois, o confronto com a realidade da vida das crianças dos bairros periféricos de S. Paulo, no Brasil; a repressão e a pobreza das Filipinas, ainda sob o domínio de Ferdinando Marcos; a fome e a miséria de Bogotá, onde vi, entre muitas outras coisas, crianças a roubar leite de um camião parado no semáforo, fez-me aprender a relativizar as coisas na vida.	
481	Foram dez anos, importantíssimos para o meu crescimento como jovem-adulta, durante os quais trabalhei com jovens de todo o mundo aprendendo, em conjunto, a olhar a realidade e a ser agentes activos nela.	Foram dez anos, durante os quais trabalhei com jovens de todo o mundo aprendendo, em conjunto, a olhar a realidade e a ser agentes activos nela.	8
481.1	Foi com esta "mala" cheia de vivência que, em finais dos anos setenta, re-entrei no mundo da enfermagem.	Foi com esta "mala" cheia de vivência que, em finais dos anos setenta, re-entrei no mundo da enfermagem.	8
Agência Familiar			
6.2	A enfermagem era uma profissão socialmente mal vista. Tive dificuldades com o meu pai, andei quase um ano, em ruptura com ele.	Mas a enfermagem era uma profissão socialmente mal vista, por ser de mulheres e depois, por se dizer que tinham "coisas" com os médicos, muito ligadas à noção de prostituição. Esta era a lógica, pela qual, os nossos pais não queriam que viéssemos para a Enfermagem. Também tive dificuldades com o meu pai. Andei quase um ano, em ruptura com ele. Isto ajuda-nos a contextualizar, não por ter um cariz pessoal, mas para se perceberem os desenvolvimentos à época.	2
POLÍTICAS E GÉNERO			
Lideranças femininas			
101.2	A formação em enfermagem desenvolveu-se de forma extremamente rápida, onde as mulheres assumiram lideranças importantíssimas, [sendo que] a geração de cinquenta determinou as alterações ocorridas em sessenta, com reflexos ainda hoje, se fazem sentir.	A formação em enfermagem desenvolveu-se de forma extremamente rápida, onde as mulheres assumiram lideranças importantíssimas. A geração de cinquenta determinou as alterações ocorridas em sessenta, com reflexos ainda hoje, sentidos, nomeadamente, sobre o entendimento da profissão.	15
Dois níveis de formação			
397	Faziam-se estágios ligados à prestação de cuidados, mas pelo que se observava nos serviços dos Hospitais Cívis de Lisboa, ficava-se com a ideia de que, terminado o	Faziam-se estágios ligados à prestação de cuidados, mas pelo que se observava nos serviços dos Hospitais Cívis de Lisboa, ficava-se com a ideia de que, terminado o Curso Geral Enfermagem ir-se-ia ajudar os chefes. Chegávamos ao serviço e éramos logo adstritos ao chefe. Chamavam-nos "os	6

	Curso Geral éramos logo adstritos ao chefe e a Prestação de cuidados era para auxiliares de enfermagem.	enfermeiros de gabinete". (...) Prestar cuidados era para auxiliares de enfermagem. O grosso dos cuidados era prestado por eles. Os enfermeiros orientavam os serviços, por exemplo, em neurocirurgia eram os chefes de equipa.	
397.1	Havia colegas nossos, que achavam que [serem adjuntos do chefe] lhes conferia estatuto, mas ser realistas, os bons auxiliares de enfermagem eram identificados como enfermeiros, pelos doentes e pelos alunos.	Havia colegas nossos, que achavam que isso lhes conferia estatuto. Era a categoria e a hierarquização no serviço! (...)Mas, vamos ser realistas, os bons auxiliares eram identificados como enfermeiros, pelos doentes e pelos alunos. Era com eles que se aprendia e não era com outros.	6
		Passagem a nível único de formação	
406	Na Escola de Enfermagem Artur Ravara a proporção da formação de enfermeiros/auxiliares de enfermagem era de 1 para 3. Quando se deu o 25 de Abril, a proporção era de 3000 a 3500 enfermeiros para 15000 a 15500 auxiliares de enfermagem.	Na Escola de Enfermagem Artur Ravara a proporção da formação de enfermeiros/auxiliares de enfermagem era de 1 para 3. Quando se deu o 25 de Abril, a proporção era de 3000 a 3500 enfermeiros para 15000 a 15500 auxiliares de enfermagem.	15
88	As auxiliares de enfermagem apresentaram um <u>abaixo-assinado</u> para lhes ser dada oportunidade para fazer um curso de promoção, e eu disse logo que sim.	Não é por acaso que as auxiliares de enfermagem apresentaram um abaixo-assinado para lhes ser dada oportunidade para fazer um curso de promoção, e ao qual disse logo que sim.	16
498	É minha convicção de que o processo de passagem a um nível único de formação em enfermagem foi estrategicamente foi muito bem construído, consubstanciado num quadro político que o potenciou e a responsabilidade assumida pelos sindicatos permitiu.	Um dos aspectos a salientar, neste processo, prende-se com a passagem a um nível único de formação em enfermagem, que, embora parte dele tenha decorrido no período em que estive ausente do país, é minha convicção de que, se estamos hoje aqui, deve-se à estratégia desenvolvida! Estrategicamente foi muito bem construído, consubstanciado num quadro político que o potenciou e a responsabilidade assumida pelos sindicatos permitiu.	15
87.1	Entre 1975 e 1981/82, conseguimos ter quase 15000 pessoas com a mesma formação teórica em enfermagem, com carga horária e processo rigoroso de avaliação subjacente. O currículo teórico dos AE foi [comparado] ao Plano de Estudos, do CGE, de 1976 - Houve escolas que aderiram e outras, não; - Abriam-se centros de formação; Desenvolveu-se todo o sistema de certificação de adquiridos.	Num curto espaço de tempo, entre 1975 e 1981/82, conseguimos ter quase 15000 pessoas com a mesma formação teórica em enfermagem. No espaço de 6 anos, deu-se a possibilidade de 15000 pessoas fazerem formação teórica em enfermagem, com toda uma carga horária e um processo rigoroso de avaliação subjacente. O currículo teórico dos auxiliares enfermagem foi avaliado e analisaram-se as discrepâncias relativamente ao Plano de Estudos, do Curso Geral de Enfermagem, de 1976. Nem sequer foi de acordo com o plano de estudos do meu curso, por exemplo. Estava-se a falar do mais actual! Neste processo formativo houve escolas que aderiram e outras, não. Abriam-se centros de formação e desenvolveu-se todo o sistema de certificação de adquiridos.	15
501	Estamos a falar de gente [AE], para quem o acesso à enfermagem representava mudança	Estamos a falar de gente [AE] para quem o acesso à enfermagem representava mudança de estatuto social. Indiscutivelmente, ser auxiliar de enfermagem era ser	16

	de estatuto social.	enfermeiro. Ninguém dizia Sr. Auxiliar de Enfermagem, mas ser enfermeiro, apesar de tudo, representava um estatuto social superior [ao que detinham]	
91	A integração no ensino superior foi um processo cheio de tensões, evidenciavam-nas vários acontecimentos.	A integração no ensino superior foi um processo cheio de tensões, evidenciavam-nas vários acontecimentos	16
91.1	A criação de um só nível de formação, não foi isenta de tensões, confusões e lutas, nomeadamente para a ETE.	Mas, a extinção de auxiliares de enfermagem, ou seja, a criação de um só nível de formação, não foi isenta de tensões, confusões e lutas, nomeadamente para a ETE.	16
91.2	O movimento contrário [à possibilidade de fazer o curso de promoção] foi encabeçado por professoras da ETE e outros que, não sendo da ETE, também defendiam a lógica da diferenciação [enfermeiros/auxiliares de enfermagem].	(...) Também não é por acaso que o movimento contrário [à possibilidade de fazer o curso de promoção] foi encabeçado por professoras da ETE e outros que, não sendo da ETE, também defendiam a lógica da diferenciação [enfermeiros/auxiliares de enfermagem].	16
Integração no ensino superior			
504	A necessidade de vingar [o processo] no exterior implicou muito trabalho e a superação de obstáculos, mas por muito estranho que pareça, houve mais dificuldades internas do que externas.	Foi um processo muito interessante! A necessidade de vingar [o processo] no exterior implicou concerteza muito trabalho e a superação de obstáculos, mas a luta internamente foi muito dura! Por muito estranho que pareça, houve mais dificuldades internas do que externas.	17
REPE			
508	O ICN vinha a desenvolver as primeiras orientações no sentido das Associações Nacionais investirem nesta área. Em Portugal, cabia à (APE) essa responsabilidade.	A par disto, o ICN vinha a desenvolver as primeiras orientações no sentido das Associações Nacionais investirem também nesta área. Em Portugal, cabia à Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE) essa responsabilidade.	17-18
Ordem dos Enfermeiros			
513	No que respeita ao órgão de regulamentação e controlo do exercício profissional, se havia consenso sobre a sua necessidade e autonomia face ao poder político, não era evidente o formato que devia assumir.	No que respeita ao órgão de regulamentação e controlo do exercício profissional, se havia consenso sobre a sua necessidade e autonomia face ao poder político, não era evidente o formato que devia assumir.	18
513.1	Configuraram-se duas possibilidades: a de um organismo tutelado e a de um organismo autónomo, em relação com a recomposição dos poderes profissionais e das concepções que lhes estão subjacentes.	Chegaram-se, mesmo, a configurar duas possibilidades: a de um organismo tutelado e a de um organismo autónomo. . A opção por uma ou outra alternativa não era alheia à recomposição dos poderes profissionais e das concepções que lhes estão subjacentes no que respeita ao poder dos enfermeiros livremente organizados, assim como à delimitação das funções que deveriam ser acometidas ao organismo	19

		de regulamentação e controlo do exercício profissional.	
513.2	Foi uma fase muito difícil, de muitas incertezas, dúvidas e sobre a qual, pouco tempo passou para que se possa fazer história. Importa, sobretudo, que se tenha criado um órgão que assegura a tomada de decisão dos enfermeiros sobre o que à profissão diz respeito.	Foi uma fase muito difícil, de muitas incertezas, dúvidas e sobre a qual, pouco tempo passou para que se possa fazer história. Importa, sobretudo, que se tenha criado um órgão que assegura a tomada de decisão dos enfermeiros sobre o que à profissão diz respeito.	18-19
514	Desde muito cedo, tive a noção dos diferentes mandatos sociais acometidos a cada organização [Sindicato e Ordem dos Enfermeiros].	(...) desde muito cedo, tive a noção dos diferentes mandatos sociais acometidos a cada organização.	19
A CONSTRUÇÃO DE UMA FORMAÇÃO NO "FEMININO"			
"Entendimento da formação e da enfermagem e o feminino"			
410.3	Esta vertente "segurança e conforto", tem muito a ver com o feminino, com a segurança dos filhos e com o conforto da casa	Esta vertente, "segurança e conforto", tem muito a ver com o feminino, com a segurança dos filhos e com o conforto da casa. Pode ser explorada através de várias coisas nomeadamente, dos manuais (...).	3
410.4	O entendimento da formação e da enfermagem foi e, é marcada por uma forma de entender o feminino. Se vírmos bem, tanto a marca do feminino na sociedade, como da enfermagem, têm uma forte componente de quem arruma a casa: Ordem e limpeza	O entendimento da formação e da enfermagem foi e, é marcada por uma forma de entender o feminino: manter tudo arrumadinho, tudo limpinho, a flor na mesinha de cabeceira, a forma de fazer a cama, a roupinha toda direitinha... Se vírmos bem, tanto a marca do feminino na sociedade, como da enfermagem, têm uma forte componente de quem arruma a casa. (...) Em síntese, a questão da ordem e da limpeza são aspectos fortemente associados ao feminino, que marcam, de certa forma, o entender e o estar na enfermagem.	4-5
Relações sociais de género, contextos, modelos e actores na formação			
Organização dos cuidados/serviços e género			
410.1	A organização dos serviços e dos cuidados, sempre tiveram uma componente de formação, profundamente atravessada pelas relações de género.	Os serviços sempre tiveram uma componente de formação, profundamente atravessada pelas relações de género. A lógica de organização hospitalar marcou inevitavelmente a formação, onde estava claro os serviços em que rapazes e raparigas trabalhavam. Os serviços dos Hospitais Cívicos estavam organizados por números. As Medicinas eram 1, 2 e 3, as cirurgias 5 e 6 e as oftalmologias, o 7. Sabíamos quando, falávamos dos serviços 1, fosse do [Hospital] S. José, [do Hospital] Curry Cabral ou [Hospital dos] Capuchos que, se tratava das medicinas. Se falássemos do serviço 1.1, sabíamos que se estava a falar do serviço de Medicina Homens e 1.2 de Medicina Mulheres. Aquela numerologia estava	4

364	Os serviços de homens funcionavam, sempre que possível, com homens. No meu tempo: - Não se passava no serviço de urologia masculina; - As algaliações masculinas nunca eram feitas por nós, raparigas; - Na ginecologia e no bloco de partos não entravam homens; - Em obstetrícia eles não faziam a história [de enfermagem].	perfeitamente naturalizada e ninguém tinha dúvidas. (...)Basta esta lógica de organização de cuidados para influenciar a formação.	4
231.1	Lembro-me gozarmos e dizermos aos rapazes, no estágio de pediatria, que não sabiam tocar em meninos, como se nós soubéssemos. Eram os estereótipos.	Tal como nós, eles faziam o estágio em pediatria. Lembro-me de gozarmos com eles. Dizíamos nós: - Vocês sabem lá embrulhar meninos! Vocês sabem lá tocar em meninos!... Como se nós soubéssemos! Éramos jovens, só se tivéssemos tido irmãos mais novos. De resto, sabíamos tanto como eles. Mas eram os estereótipos	4
365	Transmitia-se no estágio de que tudo tinha que estar em ordem na hora da visita médica. A organização gravitava em torno da actividade médica.	Transmitia-se nos estágios, por exemplo, tem que ter tudo em ordem até às dez horas da manhã, que era a hora da visita médica. A organização gravitava assim, em torno da actividade médica. Ter as hienies feitas, as camas arrumadas e as mesas-de-cabeceira limpas, era ter tudo em ordem.	4
Modelo de formação			
104	Na formação, a questão “servir o médico” estava muito presente e ao nível da “segurança e conforto”, aliás sempre estiveram ao longo da história e do desenvolvimento da formação em enfermagem.	Na formação, a questão “servir o médico” estava muito presente, mas também o estava a “segurança e conforto”, pode-se até dizer que estavam ao mesmo nível. Aliás, ao longo da história e do desenvolvimento da formação em enfermagem a segurança e o conforto são aspectos, que estiveram sempre muito patentes.	3
470	Eu que sempre tive dificuldade de decorar coisas, ainda hoje, sei repetir tudo direitinho. Veja-se a força disto!... (...) Claro, que isto fazia sentido pelo estado em que a profissão se encontrava. Todavia, quão distante era para um jovem poder associar estes comportamentos a uma atitude de relação com o outro que cuida. Era uma confusão!	Eu que sempre tive dificuldade de decorar coisas, ainda hoje, sei repetir tudo direitinho. Veja-se a força disto!... (...) Claro, que isto fazia sentido pelo estado em que a profissão se encontrava. Todavia, quão distante era para um jovem poder associar estes comportamentos a uma atitude de relação com o outro que cuida. Era uma confusão!	3
470.1	- Fazia parte da aprendizagem das aulas práticas, uma de nós fazer de médico, sentada na cadeira, e a outra, de enfermeira. - Nos injectáveis, decoravam-se os passos	Fazia parte da aprendizagem das aulas práticas, uma de nós fazer de médico, sentada na cadeira, e a outra, de enfermeira. Centremo-nos, por exemplo, em relação à preparação de injectáveis endovenosos. Apenas se aprendia na escola a preparar a seringa para o médico. Decorávamos todos os passos, nomeadamente,	3

	<p>todos até se disponibilizar a seringa ao médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diziam-nos que aprenderíamos a administrar no serviço - Na técnica, do banho decoravam-se até os aspectos relacionais. O drama maior era colocarem nisto o sentido de profissionalismo e o sinal de maturidade. 	<p>os últimos em que se disponibilizava a seringa e se dizia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sr. Dr. Faz favor! <p>Depois, quando fôssemos para o serviço aprenderíamos, era o que nos diziam. O mesmo se passava com o banho na cama. Ainda hoje, sei os passos todos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chega-se. Sorri-se. Diz-se bom dia. Abre-se a janela!... O drama maior era colocarem nisto o sentido de profissionalismo e o sinal de maturidade. 	
115	<p>Se numa fase inicial do curso se abordavam as técnicas e as coisas decorriam de forma mais ou menos aceitável, no segundo ano, os conteúdos programáticos não me faziam qualquer sentido.</p>	<p>Se numa fase inicial do curso se abordavam as técnicas e as coisas decorriam de forma mais ou menos aceitável, o segundo ano complicou-se. Os conteúdos programáticos não me faziam qualquer sentido.</p>	6
116	<ul style="list-style-type: none"> - Fazia-se apelo à memorização de matérias, quase estritamente, no âmbito da medicina; Não conseguia estabelecer qualquer relação, e muito menos sentido, entre as disciplinas de Patologia Médica e Cirúrgica e o que se ensinava em enfermagem. 	<p>Fazia-se apelo à memorização de matérias, quase estritamente, no âmbito da medicina. Não conseguia estabelecer qualquer relação, e muito menos sentido, entre as disciplinas de Patologia Médica e Patologia Cirúrgica e o que se ensinava em enfermagem.</p>	6
524	<p>Havia uma dicotomia entre o que se aprendia na prestação de cuidados e aquilo que, depois, se ia fazer.</p>	<p>Havia, na minha opinião, uma dicotomia entre o que se aprendia na prestação de cuidados e aquilo que depois se ia fazer.</p>	6
470	<p>Eu que sempre tive dificuldade de decorar coisas, ainda hoje, sei repetir [os passos das técnicas] direitinhos. Isto fazia sentido pelo estado em que a profissão se encontrava. Todavia, quão distante era para um jovem poder associar estes comportamentos a uma atitude de relação com o outro que cuida.</p>	<p>Eu que sempre tive dificuldade de decorar coisas, ainda hoje, sei repetir tudo direitinho. Veja-se a força disto!... (...) Claro, que isto fazia sentido pelo estado em que a profissão se encontrava. Todavia, quão distante era para um jovem poder associar estes comportamentos a uma atitude de relação com o outro que cuida. Era uma confusão!</p>	3
472	<p>Repeti, pois, o segundo ano, sem deixar margem para dúvidas.</p>	<p>Repeti, pois, o segundo ano, sem margem deixar para dúvidas.</p>	6
472.3	<p>A reforma do ensino de enfermagem de 1965 fez-me todo o sentido. A enfermagem passou a ser o centro da abordagem, com os subsídios de todas as outras disciplinas.</p>	<p>Fez-me todo sentido a reforma do ensino de enfermagem de 1965 (...) A enfermagem passou a ser o centro da abordagem, com os subsídios de todas as outras disciplinas.</p>	6
410.2	<p>Os cuidados de enfermagem transportam muito dos cuidados maternos, como Collière nos refere.</p>	<p>Para se perceber a influência das relações de género, é preciso entenderem-se os cuidados de enfermagem. Eles transportam muito dos cuidados maternos, como Collière nos refere.</p>	4
Lar-escola			

10	Com a reprovação, consegui convencer a minha família de que se estivesse no lar teria maior disponibilidade para estudar. Claro, que não era esta a motivação. Nunca tinha estado fora de casa e era uma coisa que eu queria, desde muito cedo.	Com a reprovação, consegui convencer a minha família de que se estivesse no lar teria maior disponibilidade para estudar. Claro, que não era esta a motivação. Nunca tinha estado fora de casa e era uma coisa que eu queria, desde muito cedo.	7
12	As regras eram muito rígidas, sobretudo, no que se referia a horários de entrada e saídas à noite, mas cumpriam-se.	As regras eram muito rígidas, sobretudo, no que se referia a horários de entrada e saídas à noite, mas cumpriam-se.	7
12.1	Foi muito interessante esta experiência, pois, favorecia, quer o convívio com colegas de diversas regiões e culturas, quer a discussão dos problemas na escola e no lar.	Foi muito interessante esta experiência, pois, favorecia, quer o convívio com colegas de diversas regiões e culturas, quer a discussão dos problemas na escola e no lar.	7
14	Em determinado momento, surgiu uma monitora, da escola, a fazer vigilância ao lar cujo comportamento era, para nós, absolutamente inaceitável.	Até que, em determinado momento, surgiu uma monitora, da escola, a fazer vigilância ao lar cujo comportamento era, para nós, absolutamente inaceitável. Insultava-nos, não se cobia de fazer insinuações relativas à nossa vida, que em nada correspondiam à realidade. Dirigia-se a nós como não merecéssemos respeito, e isso, não podíamos aceitar.	7
519	Pedimos uma entrevista, à Enfermeira Directora, Enfermeira Costa Macedo, onde deixamos muito claro, que, no lar, ficaríamos nós ou monitora.	Organizámo-nos pedimos uma entrevista, à Enfermeira Directora, Enfermeira Costa Macedo, onde deixamos muito claro, que, no lar, ficaríamos nós ou monitora. A dita monitora fechou-me no quarto, ameaçou-me de que não acabaria o curso, mas resolvemos o nosso problema.	7
Bolsa de estudo			
5.2	Estava determinada a fazer o curso de auxiliar de enfermagem, mas a chefe de secretaria informou-me que teria uma bolsa que dava para [todas as despesas] e decidi pelo CG. A independência e autonomia em relação aos meus pais eram importantes para mim.	(...)determinada a fazer o curso de auxiliar de enfermagem, porque ao fim de um ano e meio, estava a trabalhar. Mais tarde se veria... Quando preenchi a ficha de candidatura ao curso de auxiliares, a D ^a Auzenda, a chefe de secretaria, alertou-me para o possível engano, uma vez que possuía o 5º ano e poderia fazer o curso geral, com bolsa de estudo. Dizia-me então: - Está enganada! Pode fazer o curso, praticamente de graça, e quando acabar, é enfermeira. Ser enfermeira, não é a mesma coisa, que ser auxiliar! Depois, de me assegurar do montante da referida bolsa, quase metade do vencimento do meu pai, decidi fazer o Curso Geral. Trezentos escudos era muito dinheiro, à época. Dava para tudo: propinas, transporte, livros. Era muito importante para mim, porque queria ganhar dinheiro, independência e autonomia em relação aos meus pais.	3
Actores/as de formação²			
	Hesitei em continuar o curso, depois da	Fiquei um ano em casa. Sabia que, entretanto, os planos de estudos tinham sido	6

² Ver papel das chefes.

472.1	reprovação. Foi uma professora na escola que me deu a força e o apoio.	alterados, mas desconhecia a abrangência e natureza dessa mesma alteração. Hesitei em continuar. Foi uma colega nossa, professora na escola, que me deu aquela força e apoio que é necessário dar aos jovens, quando passam por estas crises.	
229	Foi com a Enfermeira Sales Luis que aprendi a valorizar coisas consideradas mínimas, mas que são fundamentais para o desenvolvimento da autonomia dos utentes/doentes e famílias. Percebi que para sermos bons enfermeiros, precisávamos de saber muito.	A enfermeira Sales Luis leccionava "Introdução à Enfermagem de Reabilitação" e enfatizava a necessidade de potencializar no seu máximo as capacidades de cada pessoa. Recordo de um dia, no final da aula, a ter procurado para lhe dizer que tudo aquilo me fazia sentido, tanto mais que se aplicava à enfermagem, na sua generalidade e não só à Enfermagem de Reabilitação. Então, para sermos bons enfermeiros, precisávamos de saber muito. Prosseguiu eu. Foi com ela, que aprendi a valorizar tudo, por vezes coisas consideradas mínimas, mas que são fundamentais para o desenvolvimento da autonomia dos utentes/doentes e famílias. A enfermagem passou a ser o centro da abordagem, com os subsídios de todas as outras disciplinas. Fez-me todo sentido esta alteração.	6
Formação e condição social			
471	As questões de classe social atravessavam e mediatizavam profundamente os processos de formação.	Em contextos de dominância masculina tudo isto é confirmado, reiterado e reforçado, mas não se pense que o eram de forma linear e uniforme. As questões de classe social atravessavam e mediatizavam profundamente os processos de formação.	5
17	Havia um distanciamento entre a Escola de Enfermagem Artur Ravara e a Escola Técnica de Enfermeiras, mas que deixou marcas.	(...) havia um distanciamento entre a Escola de Enfermagem Artur Ravara e a Escola Técnica de Enfermeiras. (...) São coisas que a vida desvaneceu, mas deixaram marcas.	5
17.11	A ETE foi criada para formar a elite de enfermagem e provavelmente, até seria preciso formar muitos enfermeiros e a ETE não formava.	A ETE foi criada para formar a elite de enfermagem. Provavelmente, até seria preciso. Era preciso formar muitos enfermeiros e a ETE não formava.	5
17.2	A nível de habilitações académicas de acesso as diferenças também eram evidentes. Até ao momento, em que o acesso à Escola de Enfermagem Artur Ravara se fazia com o 2º ano, a ETE exigia o 5º.	A nível de habilitações académicas de acesso as diferenças também eram evidentes. Até ao momento, em que o acesso à Escola de Enfermagem Artur Ravara se fazia com o 2º ano, a ETE exigia o 5º. Quando se evoluiu para o 5º, a ETE passou a exigir o 7º ano.	5
17.3	É interessante perceber e desocultar outras "pequenas grandes nuances" na formação em enfermagem. A ETE foi a primeira escola a incluir na formação inicial a saúde pública e a gestão de cuidados, enquanto a Escola de Enfermagem Artur Ravara (EEAR) formava enfermeiros para a gestão, mas como complemento do curso geral.	Mas, também é interessante perceber e desocultar outras "pequenas grandes nuances" na formação em enfermagem. E na realidade, a Escola Técnica de Enfermeiras (ETE) foi a primeira escola a incluir na formação inicial a saúde pública e a gestão de cuidados, enquanto a Escola de Enfermagem Artur Ravara (EEAR) formava enfermeiros para a gestão, mas como complemento do curso geral. Passava à época, já a noção da gestão dos cuidados.	5

17.10	Até a refeição delas era à parte! - Vejam lá, se apanham alguma infecção, só de estar aqui ao pé de nós!	Até a refeição delas era à parte! Eramos todos gaiatos e quando víamos entrar a refeição, dizíamos: - Vejam lá, se apanham alguma infecção, só de estar aqui ao pé de nós!	11
17.11	As alunas da ETE faziam, pois, estágio numa enfermaria-escola como a nossa, que supostamente teria mais material do que o comum dos serviços. Apesar disso, a ETE levava todo o material necessário. Vinham as carinhas da escola com sacos de roupa, ferros, aparadeiras. Nada servia do que lá estava.	As alunas da ETE faziam, pois, estágio numa enfermaria-escola como a nossa, que supostamente teria mais material do que o comum dos serviços. Apesar disso, a ETE levava todo o material necessário. Vinham as carinhas da escola com sacos de roupa, ferros, aparadeiras. Nada servia do que lá estava.	11
17.12	As enfermeiras da ETE identificavam-se pelo apelido. Isto é uma marca evidente da diferenciação social	É como a identificação das enfermeiras da ETE, pelo apelido. Os apelidos são a marca evidente da diferenciação social.	5
18.1	Não nos podemos esquecer que a EEAR nasceu com as classes mais pobres. Eram homens e mulheres de grupos desfavorecidos, que depois, deram origem à entrada na enfermagem de elementos de ambos os sexos. Tudo surgiu na lógica de saber mais para fazer melhor.	Não nos podemos esquecer que a EEAR nasceu com as classes mais pobres. As primeiras pessoas que foram para enfermagem, em Lisboa, eram as prostitutas da cidade e que trabalhavam nos hospitais como serventes. Eram homens e mulheres de grupos desfavorecidos, que depois, deram origem à entrada na enfermagem de elementos de ambos os sexos. Tudo surgiu na lógica de saber mais para fazer melhor.	5
18	A profissão começava a desenhar-se, para mulheres de classes dominantes, como uma oportunidade de acesso ao trabalho, mas que dificilmente fariam um curso em conjunto com pessoas de estatuto social distinto. Dificilmente o fariam, por exemplo, na EEAR.	Isto tem a ver com o facto da profissão começar a desenhar-se, para mulheres de classes dominantes, como uma oportunidade de acesso ao trabalho, mas que dificilmente fariam um curso em conjunto com pessoas de estatuto social distinto. E portanto, dificilmente o fariam, por exemplo, na EEAR.	5
Apelidos			
472	A lógica dos apelidos foi, depois, transportada da ETE para o Hospital Santa Maria, mas deu origem a resultados muito curiosos. São dinâmicas sociais que, ninguém pensa à partida, mas que, funcionam contrariamente à vontade de quem as impõe.	Esta lógica [dos apelidos] foi, depois, transportada para o Hospital Santa Maria, onde os enfermeiros eram designados pelo apelido e os auxiliares pelo nome próprio. O transporte disto, para uma população que nada tinha a ver com aquela, deu origem a resultados muito curiosos. Ora, os auxiliares decidiram usar o nome e o apelido. São dinâmicas sociais que, ninguém pensa à partida, mas que, funcionam contrariamente à vontade de quem as impõe.	5
472.1	Nos Hospitais Cívicos, utilizavam o apelido para os homens e nunca para as mulheres, à excepção das superintendentes, que associavam o último apelido ao nome.	Nos Hospitais Cívicos, utilizavam o apelido para os homens e nunca para as mulheres, à excepção das superintendentes, que associavam o último apelido ao nome. Nem sabíamos os nomes próprios deles.	5
Homens na profissão			

35	Os homens eram pouco entendidos na enfermagem.	Os homens eram pouco entendidos na enfermagem.	
462	As equipas mistas são dos anos oitenta, à excepção das urgências que, sempre foram mistas. Os primeiros enfermeiros obstetras são da década de oitenta. Foi ontem!	Esta situação só se alterou em meados da década de setenta. Não estamos falar há duzentos anos atrás. Foi ontem! As equipas mistas são dos anos oitenta, à excepção das urgências que, sempre foram mistas. Os primeiros enfermeiros obstetras são da década de oitenta, sendo a especialidade mais antiga!	4
PERCEPÇÃO DA FORMAÇÃO E DO EXERCÍCIO, NA ACTUALIDADE			
515	Ainda hoje, há pessoas que questionam se a enfermagem deve ter mestrados, doutoramentos. Está em questão a noção da enfermagem. Estas coisas não se eliminam! Na saúde, ainda, há a noção de quem determina é o médico. Temos portanto a ideia de pirâmide. Com as outras profissões da área da saúde, por exemplo, psicólogos, farmacêuticos, não há problemas porque não são interventores directos no processo de gestão e organização dos cuidados, o que não é o caso. Na medida em que médicos/as e enfermeiros/as têm que, ambos, assumir decisões propícia questões como: - Quem é que decide? Quem determina?	Ainda hoje, há pessoas que questionam se a enfermagem deve ter mestrados, doutoramentos. Está em questão a noção da enfermagem. Estas coisas não se eliminam! Na saúde, ainda, há a noção de quem determina é o médico. Temos portanto a ideia de pirâmide. Com as outras profissões da área da saúde, por exemplo, psicólogos, farmacêuticos, não há problemas porque não são interventores directos no processo de gestão e organização dos cuidados, o que não é o caso. Na medida em que médicos/as e enfermeiros/as têm que, ambos, assumir decisões propícia questões como: - Quem é que decide? Quem determina?	19
515.1	Há fenómenos que mais do que fazer grandes discussões em torno deles importa intervir, face ao objectivo central.	Há fenómenos que mais do que fazer grandes discussões em torno deles importa intervir, face ao objectivo central.	19
98	Na minha leitura é um drama, porque, na actualidade, "ensinamos sem estarmos".	No entanto, na minha leitura é um drama, porque, na actualidade, "ensinamos sem estarmos".	19
98.1	Se por um lado, provavelmente, a certificação de competências do enfermeiro especialista virá contribuir para a mudança. Por outro, hoje, cada um está muito na defesa dos seus interesses pessoais, dificultando a construção de uma visão estratégica de conjunto.	Se por um lado, provavelmente, a certificação de competências do enfermeiro especialista virá contribuir para a mudança. Por outro, hoje, cada um está muito na defesa dos seus interesses pessoais, o que é francamente desfavorável à construção de uma visão estratégica de conjunto.	19
497	É bom que tenhamos a noção de que a evolução da profissão fez-se muito pelo que os enfermeiros granjearam na gestão e administração dos serviços e, não tanto, pela prestação de cuidados. E isto, embora necessário e fundamental, nessa etapa do desenvolvimento histórico desvirtuou o "coração nobre" da profissão e não está ultrapassado.	É preciso não esquecer que a evolução da profissão fez-se muito pelo que os enfermeiros granjearam na gestão e administração dos serviços e, não tanto, pela prestação de cuidados. E isto, embora necessário e fundamental, nessa etapa do desenvolvimento histórico, que não contesto, na minha opinião, desvirtuou o "coração nobre" da profissão. Esta é uma dificuldade, que ainda temos hoje, muitas vezes de forma inconsciente. Mas de facto, é bom que tenhamos essa noção, porque isso não está ultrapassado e tem o peso decorrente do facto das gerações que viveriam estes percursos ainda estarem cá todas. A minha deve ser a penúltima, deste contexto.	15
517	Temos uma grande visão prática das coisas, talvez por sermos mulheres, e não tanto estratégica, o que dificulta a discussão da	É uma dificuldade! Temos uma grande visão prática das coisas, talvez por sermos mulheres, e não tanto estratégica, o que dificulta a discussão da problemática [reviravolta a dar no ensino e profissão].	19

	problemática [reviravolta a dar no ensino e profissão].		
410	Nunca fui grande aliada das teorias e práticas dos movimentos feministas, apesar de, no plano da análise, integrar as desigualdades de oportunidades que as organizações de gênero provocam e de ter consciência que, no contexto das organizações, tais desigualdades conduzem a que às mulheres seja exigido maior dispêndio de energias para um desempenho igual ao dos homens e que para ser reconhecida, foi sempre necessário comprovar, ou seja, há necessidade de produzir resultados visíveis.	Nunca fui grande aliada das teorias e práticas dos movimentos feministas, apesar de, no plano da análise, integrar as desigualdades de oportunidades que as organizações, tais desigualdades conduzem a que às mulheres seja exigido maior dispêndio de energias para um desempenho igual ao dos homens e que para ser reconhecida, foi sempre necessário comprovar, ou seja, há necessidade de produzir resultados visíveis.	13
81	Constatei que a participação cívica das mulheres nas organizações era menor do que a dos homens, mesmo numa profissão maioritariamente feminina. Transportamos o peso da história.	Constatei também que a participação cívica das mulheres nas organizações era menor do que a dos homens, mesmo numa profissão maioritariamente feminina. Transportamos o peso da história (...).	15
81.2	Voltamo-nos mais para dentro e não para fora, dando origem a uma menor participação, ou a uma participação por forma indirecta.	(...) voltamo-nos mais para dentro e não para fora, dando origem a uma menor participação, ou a uma participação por forma indirecta.	15
81.5	A [falta de participação] acontece, em minha opinião, mesmo com mulheres que não tenham família	(...) Isto [falta de participação] acontece, em minha opinião, mesmo com mulheres que não tenham família.	15
495	Tenho percepção, de que sempre, que as organizações vivem maiores dificuldades, por razões várias, são as mulheres que as aguentam. Sempre que as coisas estiveram mais complicadas era mais fácil os homens “saltarem fora” do que as mulheres.	Tenho percepção face ao meu vivido, ainda que não tenha feito qualquer estudo nesse âmbito, que sempre que as organizações vivem maiores dificuldades, por razões várias, são as mulheres que as aguentam. Sempre que as coisas estiveram mais complicadas era mais fácil os homens “saltarem fora” do que as mulheres.	15
VISÃO DE FUTURO			
83	Pessoalmente, tenho cada vez mais a convicção de que, a grande reviravolta do futuro passa pela afirmação na prestação de cuidados.	Pessoalmente, tenho cada vez mais a convicção de que, assim como foi importante no passado uma afirmação organizacional pela via local das chefias, a grande reviravolta do futuro passa pela afirmação na prestação de cuidados. É nesta área que temos que trabalhar bem o futuro.	19
83.1	Temos dificuldade em assumir que, a segurança e o conforto dos utentes/doentes são os eixos vinculativos da profissão. A formação tem que atender a isto!	Temos dificuldade em assumir que, a segurança e o conforto dos utentes/doentes são os eixos vinculativos da profissão. São eles que nos vinculam ao utente, às pessoas de quem cuidamos. Espera-se isto de nós, mas há quem pense que isto é menor! A formação tem que atender a isto.	19

110	Num contexto de mudança das concepções de gestão, se não formos capazes de evoluir no que diz respeito ao papel dos enfermeiros no processo de prestação de cuidados, corremos o risco de qualquer um os prestar.	Agora, num contexto de mudança das concepções de gestão, se não formos capazes de evoluir no que diz respeito ao papel dos enfermeiros no processo de prestação de cuidados, corremos o risco de qualquer um os prestar.	19
515	Seria muito interessante estudar, daqui a 10 ou 15 anos, os reflexos da entrada massiva das mulheres na medicina, ou seja, estudar a evolução das relações de dominância na saúde, na perspectiva de género.	Seria muito interessante estudar, daqui a 10 ou 15 anos, os reflexos da entrada massiva das mulheres na medicina, ou seja, estudar a evolução das relações de dominância na saúde, na perspectiva de género.	20
515.1	Na minha visão, [as alterações de género nas profissões médica e de enfermagem] podem gerar dinâmicas de complexidade acrescida no sector da saúde.	Na minha visão, isto pode gerar dinâmicas de complexidade acrescida no sector da saúde, ou seja, a enfermagem sempre esteve conotada com o feminino e a medicina com o papel masculino. A alteração disto o que é que vai dar? Vai trazer novos dados! Até porque há serviços onde a medicina já é exercida maioritariamente por mulheres e não estou a pensar nas pediatrias por terem um cunho muito especial, onde seria muito interessante analisar os reflexos existentes.	20

Anexo II. Ficheiro temático

(Parte)

Ficheiro temático: Género, contextos, modelos, actores na formação em enfermagem
(Parte)

	CORREIA MARTINS (anos 40)	MARIA DIOGO (anos 40)	FRANCISCA SOARES (anos 40)	SINTRA (anos 60)	CORREIA SANTOS (anos 60)	AURORA SILVA (anos 60)	DALI (Revolução de Abril)
	Heterogeneidade da formação						
104	O curso era para sabermos o que se podia fazer de melhor pelos doentes. A ideia de enfermagem, não é a de hoje.		Na ETE, os cuidados de enfermagem centravam-se nas diversas dimensões do ser humano.	Ser enfermeira era participar no trabalho da comunidade.	Era-nos inculcada determinação nos cuidados de enfermagem, cujas concepções ultrapassavam bastante a noção de cuidados prestados naturalmente pelas mulheres.		Tínhamos um modelo de formação "perfeito" baseado na liberdade, respeito e participação.
104.1					A formação não se cingia ao domínio restrito da prestação directa dos cuidados. Procurava-se extravar um pouco mais e preparar a enfermeira para falar e participar em intervenções públicas.	Na formação, a questão "servir o médico" estava muito presente e ao nível da "segurança e conforto", aliás sempre estiveram ao longo da história e do desenvolvimento da formação em enfermagem.	Fala-se no paradigma de educação/formação e Bolonha, mas no nosso tempo, já fazíamos tudo isso.
115	O curso era bastante completo: Psicologia, anatomia, patologia, enfermagem e um pouco de sociologia.				O meu curso seguiu um currículo bastante reformista, além das áreas biomédicas, já integrava a sociologia e a psicologia.	Se numa fase inicial do curso se abordavam as técnicas e as coisas decorriam de forma mais ou menos aceitável, no segundo ano, os conteúdos programáticos não me faziam qualquer sentido.	
116	A formação era pouco estruturada profissionalmente: - Os médicos abordavam as questões médicas; - No estágio nunca tive uma monitora e a enfermeira tinha feito o curso no ano anterior,	Dava-se muito pouco enfermagem e como alunas, trabalhávamos, havia um estágio que acompanhava o curso.				- Fazia-se apelo à memorização de matérias, quase estritamente, no âmbito da medicina; - Não conseguia estabelecer qualquer relação, e muito menos sentido, entre as disciplinas de	

N1 "Sabedoria e acção: silêncio e humilde

Humildade no saber e no fazer -

Só sei que sei tão pouco!

	também situação.	nesta					Patologia Médica e Cirúrgica e o que se ensinava em enfermagem.	
470							<p>Eu que sempre tive dificuldade de decorar coisas, ainda hoje, sei repetir [os passos das técnicas] direitinhos. Isto fazia sentido pelo estado em que a profissão se encontrava. Todavia, quando distante era para um jovem poder associar estes comportamentos a uma atitude de relação com o outro que cuida.</p> <p>- Fazia parte da aprendizagem das aulas práticas, uma de nós fazer de médico, sentada na cadeira, e a outra, de enfermeira.</p> <p>- Nos injectáveis, decoravam-se os passos todos até se disponibilizar a seringa ao médico.</p> <p>- Diziam-nos que aprenderíamos a administrar no serviço</p> <p>- Na técnica, do banho decoravam-se até os aspectos relacionais. O drama maior era colocarem nisto o sentido de profissionalismo e o sinal de maturidade</p>	
470.1							<p>O modelo de formação, à época, era muito normativo, mas considero que também tinha dimensões estimulantes</p> <p>- O primeiro contacto com o doente era feito sem nada na mão;</p> <p>- Eram nos expostas as razões, pelas quais não devíamos sentar na cama dos doentes, usar brincos, pintar as unhas....</p> <p>Formei-me, pois, segundo um modelo de maior racionalidade e reflexão, que contribuiu para a reconceptualização dos cuidados de enfermagem e da sua representação</p>	
397							<p>Faziam-se estágios ligados à prestação de cuidados, mas pelo que se observava nos serviços dos Hospitais Cívicos de Lisboa, ficava-se com a ideia de que,</p>	

							terminado o Curso Geral éramos logo adstritos ao chefe e a Prestação de cuidados era para auxiliares de enfermagem.	
602							Tinha o caderno de normas de quando era aluna. Era em modelo A4, muito denso, com prescrevendo os passos e os respectivos conteúdos. Depois, foi abolido.	
524							Embora, houvesse necessidade de recorrer à improvisação e esta fosse indutora do desenvolvimento construtivista, os factores perturbadores marcaram muito a enfermagem.	Havia uma dicotomia entre o que se aprendia na prestação de cuidados e aquilo que, depois, se ia fazer.
472.3								A reforma do ensino de enfermagem de 1965, que me fez todo sentido. A enfermagem passou a ser o centro da abordagem, com os subsídios de todas as outras disciplinas.
Influência da organização dos serviços/cuidados na formação								
410.1							Os serviços de urologia, aos quais não tínhamos acesso, eram chefiados por homens. Quando era necessário algalhar homens nos serviços de medicina, penso que se chamavam os enfermeiros de urologia.	A organização dos serviços e dos cuidados, sempre tiveram uma componente de formação, profundamente atravessada pelas relações de género CRUZAR COM Homens na

					<p>Lembro-me que fiz estágio em alguns serviços de homens, mas poucos.</p> <ul style="list-style-type: none">- Não fazíamos algaliações a homens, mas é engraçado, porque fazíamos, por exemplo, enemas e tricotomias	<p>Os serviços de homens funcionavam, sempre que possível, com homens. No meu tempo:</p> <ul style="list-style-type: none">- Não se passava no serviço de urologia masculina;- As algaliações masculinas nunca eram feitas por nós, raparigas;- Na ginecologia e no bloco de partos não entravam homens;- Em obstetrícia eles não faziam a história [de enfermagem]	
--	--	--	--	--	---	--	--